Samsung
Financial Networks

삼성화재

무배당 삼성화재 간편보험 2608.7

새로고침100세

5종(납입면제형·일반고지)·**6종**(납입면제·일반고지·해약환급금미지급형II)·**8종**(해약환급금 미지급형II·일반고지)

해약환급금
0원
(납입기간 중 해지시)

·이 상품은 해약환급금 미지급형 상품으로 보험료 납입기간 중에는 **해약환급금이 지급되지 않는** 상품입니다. (6,8종에 한함)

·이 상품은 계약체결 이후에 **계약내용의 변경에 제한**이 있습니다. 다만, 보험가입금액의 감액, 직업·직무 변경 및 운전여부·운전목적 변경 등은 가능합니다.

2026년 10월 12일부터 적용

보험약관 이 약관은 금융소비자보호법 및 소비자보호 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

지키다_일상, 꿈꾸다 그 이상

무배당 삼성화재 간편보험

새로고침100세(2608.7)

5종(납입면제형,일반고지)

6종(납입면제,일반고지,해약환급금 미지급형Ⅱ)

8종(해약환급금 미지급형Ⅱ,일반고지)

[목 차]

약관이용 Guide Book 22

쉽게 이해하는 상품 및 약관 요약서 25

자주 발생하는 민원 예시 74

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문 80

보통약관 81

제1관 목적 및 용어의 정의 83

제1조 (목적) 83

제2조 (용어의 정의) 83

제2관 보험금의 지급 84

제3조 (보험금의 지급사유) 84

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 84

제5조 (보험료 납입면제) 84

제6조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정) 84

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유) 85

제8조 (보험금 지급사유의 통지) 85

제9조 (보험금 등의 청구) 85

제10조 (보험금 등의 지급절차) 85

제11조 (공시이율의 적용 및 공시) 86

제12조 (환급금의 중도인출) 86

제13조 (만기환급금의 지급) 87

제14조 (보험금 받는 방법의 변경) 87

제15조 (주소변경통지) 87

제16조 (보험수익자의 지정) 88

제17조 (대표자의 지정) 88

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 88

제18조 (계약 전 알릴 의무) 88

제19조 (상해보험계약 후 알릴 의무) 88

제20조 (알릴 의무 위반의 효과) 89

제21조 (사기에 의한 계약) 90

제4관 보험계약의 성립과 유지 90

제22조 (보험계약의 성립) 90

제23조 (청약의 철회) 91

제24조 (약관교부 및 설명의무 등) 91

제25조 (계약의 무효) 92

제26조 (계약내용의 변경 등) 93

제27조 (보험나이 등) 93

제28조 (계약의 소멸) 94

제5관 보험료의 납입 94

제29조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 94

제30조 (제2회 이후 보험료의 납입) 94

제31조 (보험료의 자동대출납입) 94

제32조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 95

제33조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 95

제34조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) 96

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 96

제35조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 96

제35조의2 (위법계약의 해지) 96

제36조 (중대사유로 인한 해지) 97

제37조 (회사의 파산선고와 해지) 97

제38조 (해약환급금) 97

제39조 (보험계약대출) 98
제40조 (배당금의 지급) 98
제7관 분쟁의 조정 등 98
제41조 (분쟁의 조정) 98
제42조 (관할법원) 98
제43조 (소멸시효) 98
제44조 (약관의 해석) 98
제45조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 98
제46조 (회사의 손해배상책임) 99
제47조 (개인정보보호) 99
제48조 (준거법) 99
제49조 (예금보험에 의한 지급보장) 99
특별약관 **100**
특별약관 일반사항 101
제1관 목적 및 용어의 정의 102
제1조 (목적) 102
제2조 (용어의 정의) 102
제2관 보험금의 지급 102
제3조 (보험금의 지급사유) 103
제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 103
제5조 (보험료 납입면제) 103
제6조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정) 103
제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유) 103
제8조 (보험금 지급사유의 통지) 103
제9조 (보험금 등의 청구) 103
제10조 (보험금 등의 지급절차) 104
제11조 (보험금 받는 방법의 변경) 104
제12조 (주소변경통지) 104
제13조 (보험수익자의 지정) 105
제14조 (대표자의 지정) 105
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등 105
제15조 (계약 전 알릴 의무) 105
제15조의2 (계약 전 알릴 의무 위반의 특례 조치) 105
제16조 (상해보험계약 후 알릴 의무) 105
제17조 (알릴 의무 위반의 효과) 107
제18조 (사기에 의한 계약) 107
제4관 보험계약의 성립과 유지 107
제19조 (특별약관의 성립) 107
제20조 (청약의 철회) 108
제21조 (약관교부 및 설명의무 등) 109
제22조 (특별약관의 무효) 109
제23조 (특별약관 내용의 변경 등) 110
제24조 (보험나이 등) 110
제25조 (특별약관의 소멸) 110
제5관 보험료의 납입 111
제26조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 111
제27조 (제2회 이후 보험료의 납입) 111
제28조 (보험료의 자동대출납입) 111
제29조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지) 112
제30조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)) 112
제31조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 특별약관의 특별부활(효력회복)) 112

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등 113
제32조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 113
제32조의2 (위법계약의 해지) 113
제33조 (중대사유로 인한 해지) 113
제34조 (회사의 파산선고와 해지) 114
제35조 (해약환급금) 114
제36조 (보험계약대출) 115
제37조 (배당금의 지급) 115
제7관 분쟁의 조정 등 115
제38조 (분쟁의 조정) 115
제39조 (관할법원) 115
제40조 (소멸시효) 115
제41조 (약관의 해석) 115
제42조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) 115
제43조 (회사의 손해배상책임) 116
제44조 (개인정보보호) 116
제45조 (준거법) 116
제46조 (예금보험에 의한 지급보장) 116
종속 특별약관 **117**
1. 질병 관련 특별약관 118
1-1. 유사암진단 납입지원 특별약관 119
2. 상해 및 질병 관련 특별약관 123
2-2. 보험료 납입면제대상Ⅱ특별약관 124
독립 특별약관 **128**
1. 무배당 사망, 후유장해 및 장애 보장 특별약관군(2601) **129**
1-1. 질병 관련 특별약관 132
1-1-3. 질병 사망(1년50%) 특별약관 133
1-1-5. 질병 후유장해(80%이상)(1년50%) 특별약관 134
1-2. 상해 관련 특별약관 136
1-2-4. 상해 후유장해(80%이상) 특별약관 137
1-2-5. 상해 후유장해(3~100%) 특별약관 139
3. 무배당치매 및 장기요양 보장 특별약관군(2601) **141**
3-1. 상해 및 질병 관련 특별약관 144
3-1-1. 치매 진단비Ⅱ(경증이상:CDR 1점이상) 특별약관 145
3-1-2. 치매 진단비Ⅱ(중등도이상:CDR 2점이상) 특별약관 148
3-1-3. 치매 진단비Ⅱ(중증이상:CDR 3점이상) 특별약관 151
3-1-4. 중증치매 산정특례 진단비 특별약관 154
3-1-5. 치매 CDR척도검사 지원비(급여)(연간1회한) 특별약관 157
3-1-6. 치매 직접치료 통원일당(1일1회한,연간12회한) 특별약관 160
3-1-7. 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1일1회한,연간12회한) 특별약관 163
3-1-8. 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)(1일1회한,연간12회한) 특별약관 166
3-1-9. 특정 치매 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관 169
3-1-10. 치매 MRI·PET·CT 검사비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 172
3-1-11. 치매 전문재활치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) 특별약관 175
3-1-12. 치매 정신요법치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) 특별약관 179
4. 무배당암 진단 보장 특별약관군(2601) **183**

4-1. 질병 관련 특별약관 184
4-1-2. 암 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 185
4-1-3. 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관 187
4-1-4. 유사암 진단비(1년50%) 특별약관 190
4-1-5. 유사암(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 192
4-1-7. 10대 주요암 진단비(1년50%) 특별약관 195
4-1-9. 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) 특별약관 197
4-1-11. 특정유사암(4기) 진단비(1년50%) 특별약관 199
4-1-16. 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 201
4-1-17. 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) 특별약관 207
5. [갱신형] 무배당암 진단 보장 특별약관군(2601) 212
5-1. 질병 관련 특별약관 215
5-1-2. [갱신형] 암 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 216
5-1-3. [갱신형] 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관 219
5-1-4. [갱신형] 유사암 진단비(1년50%) 특별약관 222
5-1-9. [갱신형] 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) 특별약관 224
5-1-19. [갱신형] 중증질환(신규암) 산정특례 진단비(1년50%) 특별약관 227
5-1-21. [갱신형] 중증질환(중복암 및 재등록암) 산정특례 진단비(1년50%) 특별약관 231
5-1-23. [갱신형] 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 236
5-1-27. [갱신형] 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) 특별약관 242
6. 무배당2대질병 진단 보장 특별약관군(2601) 247
6-1. 질병 관련 특별약관 250
6-1-1. 뇌졸중 진단비(1년50%) 특별약관 251
6-1-2. 뇌졸중(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 252
6-1-4. 급성심근경색증 진단비(1년50%) 특별약관 254
6-1-6. 급성심근경색증(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 255
6-1-7. 두 번째 급성심근경색증 진단비 특별약관 257
6-1-9. 뇌출혈 진단비(1년50%) 특별약관 259
6-1-11. 뇌출혈(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 260
6-1-12. 두 번째 뇌출혈 진단비 특별약관 262
6-1-13. 뇌혈관질환 진단비(1년50%) 특별약관 264
6-1-14. 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 266
6-1-15. 허혈성심장질환 진단비(1년50%) 특별약관 268
6-1-16. 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 270
6-1-20. 기타 심장부정맥 진단비(1년50%) 특별약관 272
6-1-22. 특정3대심장질환 진단비(1년50%) 특별약관 274
6-1-24. 특정순환계질환 진단비(1년50%) 특별약관 276
7. [갱신형] 무배당2대질병 진단 보장 특별약관군(2601) 278
7-1. 질병 관련 특별약관 281
7-1-11. [갱신형] 뇌혈관질환 진단비(1년50%) 특별약관 282
7-1-12. [갱신형] 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 284
7-1-13. [갱신형] 허혈성심장질환 진단비(1년50%) 특별약관 286
7-1-14. [갱신형] 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 288
7-2. 상해 및 질병 관련 특별약관 290

7-2-1. [갱신형] 중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) 특별약관 291
7-2-2. [갱신형] 중증질환(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) 특별약관 293
8. 무배당특정질병진단 보장 특별약관군(2601) 295
8-1. 질병 관련 특별약관 298
8-1-3. 대상포진 진단비(1년50%) 특별약관 299
8-1-5. 대상포진(30일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 300
8-1-6. 대상포진(30일면책) 진단비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 302
8-1-7. 7대 호흡계질환 진단비(1년50%) 특별약관 303
8-1-8. 10대 소화계질환 진단비(1년50%) 특별약관 305
8-1-9. 특정관절병·척추염 진단비(1년50%) 특별약관 307
8-1-10. 전신결합조직장애 진단비(1년50%) 특별약관 308
8-1-12. 특정패혈증 진단비(1년50%) 특별약관 309
8-1-17. 2대 주요기관 양성종양 진단비(1년50%) 특별약관 310
8-1-20. 통풍 진단비(1년50%) 특별약관 311
8-1-23. 10대난치성질환 진단비(1년50%) 특별약관 312
8-1-24. 중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비(1년50%) 특별약관 313
8-1-25. 중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비(1년50%) 특별약관 315
8-2. 상해 관련 특별약관 317
8-2-1. 응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한) 특별약관 318
9. [갱신형] 무배당특정질병 진단 보장 특별약관군(2601) 320
9-1. 질병 관련 특별약관 321
9-1-23. [갱신형] 희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)(1년50%) 특별약관 322
9-1-24. [갱신형] 골다공증 진단비(1년50%) 특별약관 324
9-1-25. [갱신형] 특정자가면역질환 진단비(1년50%) 특별약관 326
10. 무배당일반 입원 보장 특별약관군(2601) 327
10-1. 질병 관련 특별약관 328
10-1-1. 질병 입원일당(1일이상) 특별약관 329
10-1-2. 질병 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 331
10-1-3. 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 333
10-1-4. 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 335
10-1-5. 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 337
10-1-6. 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 339
10-1-7. 질병 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 341
10-1-8. 질병 종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 343
10-1-9. 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 345
10-1-10. 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 347
10-2. .상해 관련 특별약관 349
10-2-1. 상해 입원일당(1일이상) 특별약관 350
10-2-2. 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방 제외) 특별약관 351
10-2-3. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 353
10-2-4. 상해 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 354
10-2-5. 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 355
10-2-6. 응급실내원 진료비(응급) 특별약관 356

10-2-7. 응급실내원 진료비(응급)(연간12회한) 특별약관 357
10-3. 상해 및 질병 관련 특별약관 358
10-3-1. 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 359
10-3-2. 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 361
10-3-3. 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 363
10-3-4. 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 365
10-3-5. 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 367
10-3-6. 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 369
10-3-7. 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 371
10-3-8. 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 373
11. [갱신형] 무배당일반 입원 보장 특별약관군(2601) 375
11-1. 질병 관련 특별약관 376
11-1-1. [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관 377
11-1-2. [갱신형] 질병 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 379
11-1-3. [갱신형] 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 381
11-1-4. [갱신형] 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 383
11-1-5. [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 385
11-1-6. [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 387
12. 무배당특정질병 입통원 보장 특별약관군(2601) 389
12-1. 질병 관련 특별약관 390
12-1-2. 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 391
12-1-4. 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년50%) 특별약관 395
12-1-6. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관 399
12-1-8. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 403
12-1-10. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 407
12-1-12. 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 411
12-1-14. 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 415
12-1-17. 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)(1년50%) 특별약관 419
12-1-19. 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%)

특별약관 423
12-1-21. 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 426
12-1-22. 2대질병 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관 429
12-1-23. 2대질병 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 431
12-1-25. 2대질병 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 433
12-1-26. 2대질병 통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 435
13. [갱신형] 무배당특정질병 입통원 보장 특별약관군(2601) 437
13-1. 질병 관련 특별약관 438
13-1-2. [갱신형] 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 439
13-1-4. [갱신형] 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년50%) 특별약관 443
13-1-6. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관 447
13-1-8. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 451
13-1-10. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 455
13-1-12. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 459
13-1-14. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 463
13-1-18. [갱신형] 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 467
13-1-20. [갱신형] 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 470
13-1-25. [갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 473
14. 무배당간병인 사용일당 보장특별약관군(2601) 475
14-1. 질병 관련 특별약관 476
14-1-1. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 477
14-1-2. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 481
14-1-3. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 485
14-1-4. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 488
14-1-5. 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)

특별약관 491
14-1-6. 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(1년감액) 특별약관 495
14-1-7. 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 499
14-1-8. 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 502
14-1-9. 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 505
14-1-10. 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상, 요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 508
14-1-11. 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 511
14-1-12. 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 516
14-1-13. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 521
14-1-14. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 525
14-1-15. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 529
14-1-16. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 533
14-1-17. (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 537
14-1-18. (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 540
14-1-19. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 543
14-1-20. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 547
14-1-21. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 551
14-1-22. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 555
14-1-23. (체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 559
14-1-24. (체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 562
14-2. 상해 관련 특별약관 565
14-2-1. 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 566
14-2-2. 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 569
14-2-3. 상해 입원 간병인

사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관 572
14-2-4. 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 575
14-2-5. 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 577
14-2-6. 상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 580
14-2-7. (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 584
14-2-8. (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 588
14-2-9. (체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 591
14-2-10. (체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 594
14-2-11. (체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 597
14-2-12. (체증형,20년후2배)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 600
15.[갱신형] 무배당간병인 사용일당 보장특별약관군(2601) 603
15-1. 질병 관련 특별약관 604
15-1-1. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 605
15-1-2. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 609
15-1-3. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 613
15-1-4. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 616
15-1-5. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관 619
15-1-6. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(1년감액) 특별약관 623
15-1-7. [갱신형] 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 627
15-1-8. [갱신형] 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 630
15-1-9. [갱신형] 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 633
15-1-10. [갱신형] 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 636
15-1-11. [갱신형] 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 639
15-1-12. [갱신형] 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 644

15-1-13. [갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 649
15-1-14. [갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 653
15-1-15. [갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 657
15-1-16. [갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 661
15-1-17. [갱신형] (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 665
15-1-18. [갱신형] (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 668
15-1-19. [갱신형]질병 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관 671
15-1-20. [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관 676
15-1-21. [갱신형]질병 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 특별약관 680
15-1-22. [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관 685
15-2. 상해 관련 특별약관 689
15-2-1. [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 690
15-2-2. [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 693
15-2-3. [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관 696
15-2-4. [갱신형] 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 699
15-2-5. [갱신형] 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 702
15-2-6. [갱신형] 상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 705
15-2-7. [갱신형] (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 709
15-2-8. [갱신형] (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 713
15-2-9. [갱신형] (체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 716
15-2-10. [갱신형]상해 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관 719
15-2-11. [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관 723
15-2-12. [갱신형]상해 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외)

특별약관 726
15-2-13. [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관 731
16. 무배당일반 수술 보장특별약관군(2601) 735
16-1. 질병 관련 특별약관 736
16-1-2. 질병 입원·통원 수술비 II(1년50%) 특별약관 737
16-1-3. 질병 입원·통원 수술비 II(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 740
16-1-5. 질병 입원·통원 수술비 II(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 743
16-1-7. 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 746
16-1-8. 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 749
16-1-10. 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 752
16-1-14. 질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) 특별약관 755
16-1-17. 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) 특별약관 759
16-1-18. 질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(1년50%) 특별약관 762
16-1-20. 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 764
16-1-22. 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 767
16-1-24. 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 770
16-1-26. 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 773
16-2. 상해 관련 특별약관 776
16-2-1. 상해 입원·통원 수술비 특별약관 777
16-2-2. 상해 입원·통원 수술비(경증상해 제외) 특별약관 779
16-2-4. 상해 1~8종 수술비(시술포함) 특별약관 781
16-2-5. 상해 상급종합병원 수술비 특별약관 785
16-2-6. 상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) 특별약관 787
16-2-7. 상해 종합병원 수술비 특별약관 789
17.[갱신형] 무배당일반 수술 보장특별약관군(2601) 791
17-1. 질병 관련 특별약관 792
17-1-2. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비 II(1년50%) 특별약관 793
17-1-3. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비 II(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 796
17-1-5. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비 II(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 799
17-1-7. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 802
17-1-8. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 805
17-1-10. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 808
17-1-12. [갱신형]질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) 특별약관 811

17-1-15. [갱신형] 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) 특별약관 815
17-1-16. [갱신형]질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(1년50%) 특별약관 818
17-1-18. [갱신형] 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 820
17-1-20. [갱신형] 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 823
17-1-22. [갱신형] 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 826
17-1-24. [갱신형] 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 829
17-2. 상해 관련 특별약관 834
17-2-3. [갱신형] 상해 1~8종 수술비(시술포함) 특별약관 835
17-2-4. [갱신형] 상해 상급종합병원 수술비 특별약관 839
17-2-5. [갱신형]상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) 특별약관 841
17-2-6. [갱신형] 상해 종합병원 수술비 특별약관 843
18. 무배당암 수술 보장특별약관군(2601) 845
18-1. 질병 관련 특별약관 846
18-1-2. 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 847
18-1-4. 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 850
18-1-6. 유사암 수술비(1년50%) 특별약관 853
18-1-8. 유사암 최초수술비(1년50%) 특별약관 856
18-1-12. (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%) 특별약관 859
18-1-14. 전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 863
18-1-16. 전이암 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 866
19.[갱신형] 무배당암 수술 보장특별약관군(2601) 869
19-1. 질병 관련 특별약관 870
19-1-2. [갱신형] 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 871
19-1-4. [갱신형] 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 874
19-1-6. [갱신형] 유사암 수술비(1년50%) 특별약관 877
19-1-8. [갱신형] 유사암 최초수술비(1년50%) 특별약관 880
19-1-9. [갱신형] 암 다빈치로봇 수술비(1년 감액) 특별약관 883
19-1-15. [갱신형] (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%) 특별약관 888
19-1-17. [갱신형] 전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 892
19-1-19. [갱신형] 전이암 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 895
20.무배당특정질병 수술 보장특별약관군(2601) 898
20-1. 질병 관련 특별약관 899
20-1-2. 충수염 수술비(1년50%) 특별약관 900
20-1-3. 4대특정질병 치료·수술비(1년50%) 특별약관 902
20-1-4. 111대질병 수술비(1년50%) 특별약관 906
20-1-6. 2대주요기관질병 수술비Ⅱ(1년감액) 특별약관 909
20-1-8. 2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 911
20-1-9. 5대주요기관질병 수술비Ⅱ(1년감액) 특별약관 913
20-1-11. 혈전제거 치료비(급여)(1년50%) 특별약관 915
20-1-13. 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 918
20-1-19. 통합 양성신생물 수술비(1년감액) 특별약관 921

20-2. 상해 및 질병 관련 특별약관 924
20-2-4. 인공관절치환 수술비(1년50%) 특별약관 925
21.[갱신형] 무배당특정질병 수술 보장특별약관군(2601) 927
21-1. 질병 관련 특별약관 928
21-1-1. [갱신형] 4대특정질병 치료·수술비(1년50%) 특별약관 929
21-1-2. [갱신형] 111대질병 수술비(1년50%) 특별약관 933
21-1-5. [갱신형] 특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 936
21-1-6. [갱신형] 5대주요기관질병 수술비 II(1년감액) 특별약관 938
21-1-7. [갱신형] 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(1년50%) 특별약관 940
21-1-8. [갱신형] 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 943
21-1-11. [갱신형] 2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 946
21-1-13. [갱신형] 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 948
22. 무배당상해 진단 보장특별약관군(2601) 951
22-1. 상해 관련 특별약관 952
22-1-2. 골절 진단비(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외) 특별약관 953
22-1-3. 5대골절 진단비 특별약관 954
22-1-5. 화상 진단비 특별약관 955
22-1-6. 중대 화상·부식 진단비 특별약관 956
22-1-7. 특정 외상성 뇌손상 진단비 특별약관 957
22-1-8. 특정 외상성 뇌출혈 진단비 특별약관 958
22-1-9. 특정 외상성 장기손상 진단비 특별약관 959
22-2. 상해 및 질병 관련 특별약관 960
22-2-1. 깁스 치료비(부목치료 제외) 특별약관 961
23.[갱신형] 무배당상해 진단 보장특별약관군(2601) 962
23-1. 상해 관련 특별약관 963
23-1-5. [갱신형] 중증화상 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관 964
23-1-6. [갱신형] 중증외상 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관 966
24.무배당상해 수술 보장특별약관군(2601) 968
24-1. 상해 관련 특별약관 969
24-1-2. 뇌·내장손상 수술비 특별약관 970
24-1-3. 화상 수술비 특별약관 972
24-1-4. 상해흉터복원(성형) 수술비 특별약관 974
24-1-6. 상해 관절(무릎·고관절)손상 수술비 특별약관 976
24-1-7. 상·하지 특정상해 수술비 특별약관 978
24-1-8. 상해 척추손상 수술비 특별약관 980
24-1-9. 아킬레스힘줄손상 수술비 특별약관 982
24-1-10. 상해 골절 수술비 특별약관 984
24-1-11. 5대골절 수술비 특별약관 986
24-2. 상해 및 질병 관련 특별약관 988
24-2-1. 창상봉합술 치료비(1일1회한) 특별약관 989
26. 무배당항암 보장특별약관군(2601) 991
26-1. 질병 관련 특별약관 992

26-1-2. 항암방사선·약물 치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 993
26-1-4. 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 996
26-1-6. 10대 주요암 항암방사선·약물 치료비(1년50%) 특별약관 998
26-1-8. 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1000
26-1-10. 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(1년50%) 특별약관 1006
26-1-13. 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1012
26-1-16. 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(기가입자용)(1년50%) 특별약관 1017
26-1-19. 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1022
26-1-22. 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관 1026
26-1-23. 암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용) 특별약관 1030
26-1-27. 암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(1년50%) 특별약관 1032
26-1-30. 특정 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1039
26-1-32. 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1042
26-1-35. 항암 방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1044
26-1-38. 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1046
26-1-41. 종합병원 10대주요암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1050
26-1-44. 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1053
26-1-48. 종합병원 암 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1056
26-1-50. 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1061
26-1-53. 종합병원 10대주요암 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1065
26-1-56. 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1069
26-1-71. 종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) 특별약관 1073
26-1-72. 종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1087
26-1-73. 종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1101
26-1-80. 상급종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) 특별약관 1112
26-1-81. 상급종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1126
26-1-82. 상급종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1140
26-1-85. 종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비Ⅱ(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1151
26-1-87. 상급종합병원 암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1156

26-1-90. 상급종합병원 암 특정치료비 III(1년50%) 특별약관 1160
26-1-93. 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1165
26-1-96. 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1175
26-1-99. 종합병원 암 특정치료비 II(1년50%) 특별약관 1185
26-1-102. 종합병원 암 복합치료 회복지원금(1년50%) 특별약관 1189
26-1-109. 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(1년50%) 특별약관 1195
26-1-111. 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(1년50%) 특별약관 1216
26-1-113. 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(1년50%) 특별약관 1237
26-1-115. 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(1년50%) 특별약관 1255
27.[갱신형] 무배당항암 보장 특별약관군(2601) 1265
27-1. 질병 관련 특별약관 1266
27-1-2. [갱신형] 항암방사선·약물 치료비 III(1년50%) 특별약관 1267
27-1-4. [갱신형] 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1270
27-1-7. [갱신형] 표적항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관 1273
27-1-8. [갱신형] 항암 양성자방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1277
27-1-9. [갱신형] 특정면역항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관 1279
27-1-10. [갱신형] 계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1283
27-1-11. [갱신형] 항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1287
27-1-14. [갱신형] 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1290
27-1-16. [갱신형] 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관 1297
27-1-18. [갱신형] 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1301
27-1-20. [갱신형] 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관 1306
27-1-22. [갱신형] 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1311
27-1-24. [갱신형] 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관 1315
27-1-25. [갱신형] 암 치료비 지원III(기가입자용) 특별약관 1319
27-1-32. [갱신형] 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1321
27-1-35. [갱신형] 항암 방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1324
28.무배당특정검사 및 치료 보장특별약관군(2601) 1327
28-1. 질병 관련 특별약관 1328
28-1-2. 혈전용해 치료비(1년50%) 특별약관 1329
28-1-4. 혈전용해 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1331

28-1-6. 암
특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%)
특별약관 1333
28-1-8. 2대질병
특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%)
특별약관 1336
28-1-10. 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)
특별약관 1338
28-1-12. 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환
특정치료비(1년50%) 특별약관 1342
28-1-14. 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년,
연간1회한)(1년50%) 특별약관 1346
28-1-16. 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후
10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1349
28-1-19. 심장부정맥 고주파·냉각절제술
치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1352
28-1-21. 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증
특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1354
28-1-23. 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환
특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1359
28-1-31. 종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(1년50%)
특별약관 1364
28-1-35. 상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증
특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1368
28-1-37. 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환
특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1373
28-1-39. 상급종합병원 특정순환계질환
특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1378
28-1-40. 종합병원 특정순환계질환
약물치료비(주사제)(급여)(연간1회한)(1년감액)
특별약관 1382
28-1-43. 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액)
특별약관 1384
28-1-44. 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환
특정치료비(1년감액) 특별약관 1388
28-1-45. 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증
특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1392
28-1-47. 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환
특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1397
28-1-49. 종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(1년감액)
특별약관 1402
28-1-51. 종합병원 특정순환계질환 복합치료
회복지원금(1년감액) 특별약관 1406
28-1-52. 종합병원 특정순환계질환 통합치료비(표준형,
연간1억원한도)(1년감액) 특별약관 1410
28-1-53. 종합병원 특정순환계질환 통합치료비(실속형,
연간5천만원한도)(1년감액) 특별약관 1417
28-1-59. 질병 통합치료비(표준형)(1년50%) 특별약관 1424
28-1-60. 질병 통합치료비(선택형)(1년50%) 특별약관 1431
28-3. 상해 및 질병 관련 특별약관 1436
28-3-6. 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형,
연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1437
28-3-8. 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형,
연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1442

28-3-10. 특정 간·폐·신장질환 특정
약물치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1447
29.[갱신형] 무배당특정검사 및 치료 보장특별약관군(2601) 1450
29-1. 질병 관련 특별약관 1451
29-1-2. [갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제
치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1452
29-1-3. [갱신형] 질병 특정마취·수혈
치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1454
29-1-14. [갱신형] 암
특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%)
특별약관 1457
29-1-16. [갱신형] 2대질병
특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%)
특별약관 1460
29-1-17. [갱신형] 암 MRI·PET·CT·초음파
검사비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1462
29-2. 상해 관련 특별약관 1466
29-2-1. [갱신형] 상해 특정마취·수혈
치료비(급여)(연간1회한) 특별약관 1467
29-3. 상해 및 질병 관련 특별약관 1469
29-3-2. [갱신형] 재활치료비(급여)(1일1회한)(1년50%)
특별약관 1470
29-3-8. [갱신형] 3대특정검사(생검,골수, 내시경)
지원비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1472
31.[갱신형] 무배당치매 및 장기요양 보장특별약관군(2601) 1475
31-1. 상해 및 질병 관련 특별약관 1478
31-1-1. [갱신형] 치매 진단비II 지원(중등도이상:CDR
2점이상) 특별약관 1479
31-1-2. [갱신형] 표적치매약물허가
치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매) 특별약관 1483
33.[갱신형] 무배당기타 비용 및 배상책임 보장특별약관군(2601) 1488
33-1. 비용손해 관련 특별약관 1489
33-1-3. [갱신형] 가족 일상생활중 배상책임III 특별약관 1490
33-1-4. [갱신형] 가족 일상생활중
배상책임III(누수사고제외) 특별약관 1500
제도성 특별약관 1510
1. [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관 1512
2. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관 1514
3. 보험료 자동납입 특별약관 1515
4. 지정대리청구서비스III 특별약관 1516
5. 독립특별약관 추가보장 제도성 특별약관II 1518
6. 특정 및 통합치료비 치료 조건부 선지급 보험금 제도성 특별약관 1519
별표 및 참고 1521
[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 1523
[별표2] 장해분류표 1524
[별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 1538
[별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 1539
[별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 1540
[별표-질병관련4] 뇌졸중 분류표 1541
[별표-질병관련5] 급성심근경색증 분류표 1542
[별표-질병관련6] 10대 주요암 분류표 1543
[별표-질병관련7] 뇌출혈 분류표 1544
[별표-질병관련8] 뇌혈관질환 분류표 1545
[별표-질병관련9] 허혈성심장질환 분류표 1546

[별표-질병관련10] 폐렴 분류표 1547
[별표-질병관련10.1] PSI지표 점수 산정 1548
[별표-질병관련11] 대상포진 분류표 1549
[별표-질병관련12] 통풍 분류표 1550
[별표-질병관련13] 2대주요기관질병 분류표II 1551
[별표-질병관련14] 5대주요기관질병 분류표II 1552
[별표-질병관련15] 충수염 분류표 1553
[별표-질병관련16] 10대난치성질환 분류표 1554
[별표-질병관련17] 22대주요질병 분류표 1555
[별표-질병관련18] 3대주요질병 분류표 1557
[별표-질병관련19] 19대생활질병 분류표 1558
[별표-질병관련20] 62대생활질병 분류표 1559
[별표-질병관련21] 요실금 분류표 1563
[별표-질병관련22] 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표 1564
[별표-질병관련23] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 1565
[별표-질병관련24] 독감(인플루엔자) 분류표 1570
[별표-질병관련25] 2대주요기관 양성종양 분류표 1571
[별표-질병관련26] 특정5대 호흡계질환 분류표 1572
[별표-질병관련27] 특정2대 호흡계질환 분류표 1573
[별표-질병관련28] 특정6대 소화계질환 분류표 1574
[별표-질병관련29] 특정4대 소화계질환 분류표 1575
[별표-질병관련30] 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 1576
[별표-질병관련31] 희귀질환 및 중증난치질환 분류표 1577
[별표-질병관련32] 특정자가면역질환 분류표 1585
[별표-질병관련33] 전신결합조직장애 분류표 1586
[별표-질병관련34] 특정관절염·척추염 분류표 1587
[별표-질병관련35] 특정패혈증 분류표 1588
[별표-질병관련36] 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 1589
[별표-질병관련37] 골다공증 분류표 1590
[별표-질병관련38] 이차성 악성신생물 분류표 1591
[별표-질병관련39] 특정 악성신생물 분류표 1592
[별표-질병관련40] 중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표 1593
[별표-질병관련41] 중증질환자(암) 산정특례대상 분류표 1594
[별표-질병관련42] 여성 특정유방질환 분류표 1595
[별표-질병관련43] 통합암(전이 포함)(유사암 제외) 분류표 1596
[별표-질병관련44] 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여) 분류표 1599
[별표-질병관련45] 암 특정재활치료(급여) 분류표 1600
[별표-질병관련46] 2대질병 특정재활치료(급여) 분류표 1601
[별표-질병관련47] 뇌 특정 혈전제거술(급여) 분류표 1602
[별표-질병관련48] 심장 특정 혈전제거술(급여) 분류표 1603
[별표-질병관련49] 전이암 분류표II 1604
[별표-질병관련50] 부정맥 분류표 1605
[별표-질병관련51] 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여) 분류표 1606
[별표-질병관련52] 특정순환계질환 분류표 1607
[별표-질병관련53] 부정맥(I49) 분류표 1608
[별표-질병관련54] 특정3대심장질환 분류표 1609
[별표-질병관련55] 전문재활치료(급여) 분류표 1610
[별표-질병관련56] 급여 특정 항구토제 분류표 1611
[별표-질병관련57] 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표 1612
[별표-질병관련58] 통합 양성신생물 분류표 1613
[별표-질병관련59] 특정뇌및림프절암 분류표 1615
[별표-질병관련60] 특정항암호르몬치료제II 해당 의약품명 및 성분명 1616
[별표-질병관련61] 항혈소판제 분류표 1618
[별표-질병관련62] 특정순환계질환 중증치료 분류표 1619

[별표-질병관련63] 질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여) 분류표 1620
[별표-질병관련64] 질병특정시술치료(신경차단술)(급여) 분류표 1622
[별표-질병관련65] 질병특정시술치료(도수정복술)(급여) 분류표 1624
[별표-질병관련66] 질병특정시술치료(창상봉합술)(급여) 분류표 1625
[별표-질병관련67] 질병지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표 1626
[별표-질병관련68] 질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표 1627
[별표-질병관련69] 질병저체온요법치료(급여) 분류표 1628
[별표-질병관련70] 질병부분체외순환치료(급여) 분류표 1629
[별표-질병관련71] 질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여) 분류표 1630
[별표-질병관련72] 특정 생검조직병리검사(급여) 분류표 1631
[별표-질병관련73] 신경차단.파괴술 분류표 1632
[별표-질병관련74] 특정 간·폐·신장질환 분류표 1634
[별표-질병관련75] 특정 간·폐·신장질환 수술 분류표 1635
[별표-질병관련76] 특정 간·폐·신장질환 장기대체치료 분류표 1637
[별표-질병관련77] 특정 간·폐·신장질환 장기보조치료 I (급여) 분류표 1638
[별표-질병관련78] 특정 간·폐·신장질환 장기보조치료 II (급여) 분류표 1639
[별표-질병관련79] 간·폐·신장 이식상태 분류표 1640
[별표-상해관련1] 뇌·내장손상 분류표 1641
[별표-상해관련2] 특정 외상성 뇌손상 분류표 1643
[별표-상해관련3] 특정 외상성 뇌출혈 분류표 1644
[별표-상해관련4] 특정 외상성 장기손상 분류표 1645
[별표-상해관련5] 응급증상 및 이에 준하는 증상 1646
[별표-상해관련6] 골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표 1647
[별표-상해관련7] 5대골절 분류표 1648
[별표-상해관련8] 골절 분류표 1649
[별표-상해관련9] 화상 분류표 1650
[별표-상해관련10] 상해 척추손상 분류표 1651
[별표-상해관련11] 상해 관절(무릎·고관절)손상 분류표 1652
[별표-상해관련12] 아킬레스힘줄손상 분류표 1653
[별표-상해관련13] 상·하지 특정상해 분류표 1654
[별표-상해관련14] 아나필락시스 분류표 1655
[별표-상해관련15] 특정마취(급여) 분류표 1656
[별표-상해관련16] 특정수혈(급여) 분류표 1657
[별표-상해관련17] 중증화상환자 산정특례대상 분류표 1658
[별표-상해관련18] 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병 및 수술명 1659
[별표-상해관련19] 중증외상환자 산정특례대상 분류표 1661
[별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표 1662
[별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표 1676
[별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병) 1680
[별표-상해및질병관련1] 급여 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드 1684
[별표-상해및질병관련2] 급여 창상봉합술 대상 수가코드 1685
[별표-상해및질병관련3] 급여 창상봉합술(안면부) 대상 수가코드 1686
[별표-상해및질병관련4] 급여 창상봉합술(안면부,단순봉합제외) 대상 수가코드 1687
[별표-상해및질병관련5] 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 분류표 1688
[별표-개별사항5.1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 1689
[별표-개별사항5.2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술 1690
[별표-상해및질병관련6] 중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표 1691
[별표-개별사항6.3] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 1692
[별표-개별사항6.4] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술 1693
[별표-개별사항6.5] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분 1695
[별표-상해및질병관련7] 재활치료(급여) 분류표 1696
[별표-상해및질병관련8] 특정생검(급여) 분류표 1697

[별표-상해및질병관련9] 골수검사(급여) 분류표 1698
[별표-상해및질병관련10] 특정내시경(급여) 분류표 1699
[별표-상해및질병관련11] 중증치매 분류표 1700
[별표-상해및질병관련12] 치매 분류표 1701
[별표-상해및질병관련13] 치매전문재활치료(급여) 분류표 1702
[별표-상해및질병관련14] 치매정신요법치료(급여) 분류표 1703
[별표-상해및질병관련15] 급여 MRI, PET, CT 검사 분류표 1704
[별표-상해및질병관련16] 치매 CDR 척도검사(급여) 분류표 1705
[별표-상해및질병관련17] 알츠하이머치매 분류표 1706
약관에서 인용된 법·규정 **1707**
특별약관 색인 **1766**

약관이용 Guide Book

보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다. 특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다

한눈에 보는 약관의 구성

약관이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의 구성, 쉽게 찾는 방법** 등의 내용에 담고 있는 지침서
시각화된 상품 및 약관요약서	상품 및 약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용 및 유의사항** 등을 시각적 방법을 이용하여 간단하게 요약한 요약서
보험약관	보통약관: 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 특별약관: 보통약관에 정한 사항 외에 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어풀이 및 색인 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률·보험용어의 풀이 가나다순 특약 색인, 관련법규 등을 소비자에게 안내

QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(QuickResponse) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다

약관풀이 https://youtu.be/Q83XI1KSw5s	
보험금 지급절차 https://youtu.be/zyKOo8a_BiE	
전국 지점 https://m.samsungfire.com/sfmi/ui/m/home/cust/MO_CS_SearchBranchList.html?customer=branch	

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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

핵심사항과 해당 조문	영상자료	페이지
보험금 지급 및 지급제한 사항 제3조(보험금의 지급사유) 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제13조(만기환급금의 지급) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong1.do		p.80 p.81 p.83
청약철회 제23조(청약의 철회) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong2.do		p.87
자필 서명 / 계약취소 제21조(사기에 의한 계약) 제24조(약관교부 및 설명의무 등) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong3.do		p.86 p.88
계약무효 제25조(계약의 무효) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong4.do		p.88
계약전 알릴 의무 및 위반효과 제18조(계약 전 알릴 의무) 제20조(알릴 의무 위반의 효과) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong5.do		p.84 p.86

핵심사항과 해당 조문	영상자료	페이지
계약후 알릴 의무 및 위반효과 제19조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제20조(알릴 의무 위반의 효과) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong6.do		p.84 p.86
보험료 연체 및 해지 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong7.do		p.91
부활(효력회복) 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong8.do		p.92
해약환급금 제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 제38조(해약환급금) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong9.do		p.92 p.93
보험계약대출 제39조(보험계약대출) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong10.do		p.94
보험금 지급절차 제10조(보험금 등의 지급절차) https://consumer.knia.or.kr/youtubelong11.do		p.81

약관을 쉽게 이용할 수 있는 방법

아래 7가지 방법을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

쉽게 이용할 수 있는 방법	페이지
약관이용 Guide Book(핵심 체크항목 쉽게 찾기) **'약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. 스마트 폰으로 QR코드를 인식하면 약관물이 동영상, 보험금 지급절차, 전국지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	p.17
상품 및 약관 요약서 시각화 된 **'상품 및 약관 요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실수 있습니다.	p.20
보험용어 풀이 약관내용 중 어려운 보험용어는 **보험용어 풀이, 약관 본문 Box안 용어풀이, 예시안내** 등을 참고하시면 이해에 도움이 됩니다	p.74
약관에서 인용된 법·규정 별표 및 참고의 **'약관에서 인용된 법·규정'**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	-
특별약관 색인 별표 및 참고의 **'특별약관 색인'**을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다 * 계약에 부가된 특약은 자유롭게 **선택 가입(의무부가 특약 제외)**할 수 있고, **가입한 특약에 한해 보장** 받을 수 있음	-
약관조항 등이 **음영 · 컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 **약관 주요 내용**이므로 주의깊게 읽기 바랍니다.	-

기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.samsungfire.com), 고객 콜센터(1588-5114)로 문의 가능

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

쉽게 이해하는 상품 및 약관 요약서

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

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

보험계약의 개요

상품의 주요 특징

이 상품은 무배당 삼성화재 간편보험 새로고침100세(2608.7) 5종(납입면제형, 일반고지), 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II) 및 8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지)과 비교하기 위한 상품입니다.

상품명으로 상품의 특징 이해하기

무배당 삼성화재 간편보험 새로고침100세(2608.7)
5종(납입면제형, 일반고지)
6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II)
8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지)

무배당
계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.

간편보험
질병으로 인한 위험을 주보장으로 하는 상품으로 계약 전 알릴의무 항목을 간소화한 상품입니다.

일반고지
계약전 알릴의무 항목을 간소화하지 않은 상품입니다.

납입면제형
보험료 납입면제사유가 발생하면 이후의 보험료 납입을 면제하는 상품입니다.

해약환급금 미지급형II
보험료 납입기간 중에 해지될 경우 해약환급금이 지급되지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액이 지급됩니다. 단, [갱신형] 특별약관 및 유사암진단 납입지원 특별약관은 보험기간 중 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급하며, 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 등 아래 대상 특별약관 중 아래의 사유에 해당하고 「보험금 지급기간」 이내에 계약이 해지될 경우 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

대상 특별약관	대상 세부보장	사유
암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) (1년50%)주1), 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비 (1년50%)주1), 암 진단 후 상급종합병원II 암 특정치료비 (1년50%)주1)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원II 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1)	보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정 된 경우
	기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원II 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1)	보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우
하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년		보장개시일(책임개시일) 이후

50%)[주1], 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)[주1], 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)[주1], 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)[주1]		에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 된 경우
뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)[주2], 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액)[주2], 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)[주2] 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액%)[주2]	뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)[주2], 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)[주2], 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)[주2] 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)[주2]	「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 된 경우
뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간 1회한)(1년50%)[주3], 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간 1회한)(1년50%)[주4]	뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간 1회한)(1년50%)[주3], 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간 1회한)(1년50%)[주4]	「뇌졸중」으로 진단확정 된 경우

주1) 보험금 지급기간: 암 최초 진단확정일로부터 10년
주2) 보험금 지급기간: 「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 10년
주3) 보험금 지급기간: 「뇌졸중」 최초 진단확정일로부터 5년
주4) 보험금 지급기간: 「뇌졸중」 최초 진단확정일로부터 10년

* 표준형상품이란 해지율을 제외한 모든 기초율을 동일하게 적용하되, 해지율은 적용하지 않고 산출한 상품을 말합니다.

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보험금 지급 제한사항

이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금 등 보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.

면책기간

보험금 미지급

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

구분	면책기간 적용 담보 (동일보장 갱신형 포함)	면책기간
암	- 암진단비(유사암 제외)(1년50%) - 암진단비(유사암 및 특정소액암 제외) - 10대주요암 진단비(1년50%) - 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) - 유사암(90일면책) 진단비(1년50%) - 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) - 10대 주요암 항암방사선·약물치료비(1년50%) - 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) - 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) - 전이암 최초수술비II(1년50%) - 전이암 수술비II(1년50%) - [갱신형]암 다빈치로봇 수술비(1년감액) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당 (상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당 (요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외

구분	면책기간 적용 담보 (동일보장 갱신형 포함)	면책기간
암	- 암 진단 후 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(1년50%) - 암 진단 후 상급종합병원II 암 특정치료비(1년50%) - 하이클래스 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 하이클래스 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) - 암 치료비 지원III(기가입자용) - 하이클래스 항암약물치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 하이클래스 항암약물치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) - [갱신형]암 MRI·PET·CT·초음파 검사비 (연간1회한)(1년50%) - 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한) (1년50%) - (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외

구분	면책기간 적용 담보 (동일보장 갱신형 포함)	면책기간
암	- 종합병원 암 특정치료비II(1년50%) - 상급종합병원 암 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 10대주요암 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비II(1년50%) - 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)(1년50%) - 종합병원 암 특정치료비III(1년50%) - 상급종합병원 암 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 10대주요암 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비III(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외
	- 암 직접치료 입원일당II(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) - 암 요양병원 입원일당II(1일이상, 90일한도)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외 (단,기타피부암, 갑상선암,대장점막내암, 제자리암,경계성종양은 보장)

구분	면책기간 적용 담보 (동일보장 갱신형 포함)	면책기간
암	- 항암방사선·약물치료비III(1년50%) - 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - 항암 방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]표적항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%) - 계속받는 항암방사선·약물치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정면역항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 양성자방사선 치료비(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 보장)
	- [갱신형]항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) - 특정 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 보장)
	- [갱신형]중증질환(신규암) 산정특례진단비(1년50%) - [갱신형]중증질환(중복암) 산정특례 진단비(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 뇌·수막의 양성신생물, 유사암은 보장)
	- [갱신형]중증질환(재등록암) 산정특례진단비	가입후 5년간 보장 제외
	- 보험료 납입면제대상 - 보험료 납입면제대상II	가입후 90일간 보장 제외 (단, 암 이외 납입면제 사유 발생은 보장)

구분	면책기간 적용 담보 (동일보장 갱신형 포함)	면책기간
암	- 종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) - 종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비Ⅱ(연간1회한)(1년50%) - 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 종합병원 암 복합치료 회복지원금(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(1년50%)	가입후 90일간 보장제외
뇌	- 뇌출혈(90일면책) 진단비(1년50%) - 뇌졸중(90일면책) 진단비(1년50%) - 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외
심장	- 급성심근경색증(90일면책) 진단비(1년50%) - 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%)	

구분	면책기간 적용 담보 (동일보장 갱신형 포함)	면책기간
치매	- [갱신형]표적치매약물허가 치료비 (최경증치매,경증알츠하이머치매) - [갱신형]치매 진단비Ⅱ 지원 (중등도이상:CDR 2점이상) - 치매 진단비Ⅱ(중증이상:CDR3점이상) - 치매 진단비Ⅱ(중등도이상:CDR 2점이상) - 치매 진단비Ⅱ(경증이상:CDR 1점이상) - 중증치매 산정특례 진단비 - 치매 직접치료 통원일당 (1일1회한,연간12회한) - 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상) (1일1회한,연간12회한) - 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원) (1일1회한,연간12회한) - 치매 CDR척도검사 지원비(급여)(연간1회한) - 특정 치매 치료비(급여)(연간1회한) - 치매 전문재활치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) - 치매 정신요법치료비(급여)(1일1회한,연간10회한)	가입후 1년간 보장 제외 (단, 상해로 인해 보험금 지급사유 발생시 보장)
신재진단암	- 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비 (1년주기,5회한)	최초암 또는 직전 신재진단암 진단확정일을 포함하여 1년간 보장 제외
두 번째 뇌/심	- 두 번째 뇌출혈 진단비 - 두 번째 급성심근경색증 진단비	「첫 번째 뇌출혈/ 급성심근경색증」의 진단확정일을 포함하여 1년간 보장 제외

구분	면책기간 적용 담보 (동일보장 갱신형 포함)	면책기간
독감	- [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%)	가입후 10일간 보장 제외
특정검사	-[갱신형]3대특정검사(생검,골수,내시경) 지원비 (급여)(연간1회한)(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외 (단, 상해를 직접적인 원인으로 3대특정검사를 받은 경우는 보장)
대상포진	- 대상포진(30일면책) 진단비(1년50%) - 대상포진(30일면책) 진단비(연간1회한)(1년50%)	가입후 30일간 보장 제외
여성관련	- [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속(HIFU) 치료비(1년50%) - [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속(HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정유방병변 진공흡인 절제치료비 (연간1회한)(1년50%)	가입후 90일간 보장 제외

감액지급

50%지급

이 보험에는 일정기간 보험금이 일부만 지급되는(감액지급) 담보가 있습니다.

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
질병 사망	- 질병 사망(1년50%) - 질병 후유장해(80%이상)(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급
암	- 암진단비(유사암 제외)(1년50%) - 10대주요암 진단비(1년50%) - 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) - 유사암 진단비(1년50%) - 유사암(90일면책) 진단비(1년50%) - 특정유사암(4기) 진단비(1년50%) - 통합암(전이 포함) 진단비 (유사암 제외)(1년50%) - 암 직접치료 입원일당II(1일이상) (요양병원 제외)(1년50%) - 암 요양병원 입원일당II (1일이상, 90일한도)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) (연간30회한)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) (연간10회한)(1년50%) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당 (상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30한) (1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
암	-암 직접치료 통원일당(요양병원 제외) (연간10회한)(1년50%) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당 (요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) - 특정 항암부작용 약제 치료비(급여) (연간1회한)(1년50%) - 항암방사선·약물치료비III(1년50%) - 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - 항암 방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 방사선 치료비(1년50%) - 10대 주요암 항암방사선·약물치료비(1년50%) - 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) - 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) - 전이암 최초수술비II(1년50%) - 전이암 수술비II(1년50%) - 유사암 최초수술비(1년50%) - 유사암 수술비(1년50%) - (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%) - 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한) (1년50%) - [갱신형]항암 양성자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]계속받는 특정면역항암약물허가 치료비 (연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정면역항암약물허가 치료비(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
암	- [갱신형]중증질환(신규암) 산정특례진단비 (1년50%) - [갱신형]중증질환(중복암) 산정특례 진단비(1년50%) - [갱신형]암 MRI·PET·CT·초음파 검사비 (연간1회한)(1년50%) - 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%) - 종합병원 암 특정치료비II(1년50%) - 상급종합병원 암 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 10대주요암 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비II(1년50%) - 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)(1년50%) - 종합병원 암 특정치료비III(1년50%) - 상급종합병원 암 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 10대주요암 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비III(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급
	- [갱신형]암 다빈치로봇 수술비(1년감액)	- 가입후 180일 미만 : 보험금 25% 지급 - 가입후 1년간 (180일미만제외) : 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
암	- 암 진단 후 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	**가입후 1년간 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험금 50% 지급** (단, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원, 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 세부보장의 경우 100% 지급)
	- 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(1년50%)	**가입후 1년간 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험금 50% 지급** (단, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원II, 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원II 세부보장의 경우 100% 지급)

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
암	- 암 진단 후 상급종합병원II 암 특정치료비(1년50%)	**가입후 1년간 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험금 50% 지급** (단, 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원III, 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원III 세부보장의 경우 100% 지급)
	- 하이클래스 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 하이클래스 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) - 하이클래스 항암약물치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 하이클래스 항암약물치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)	**가입후 1년간 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험금 50% 지급**

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
암	- 종합병원 암 통합치료비 (고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) - 종합병원 암 통합치료비 (표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 종합병원 암 통합치료비 (실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비 (고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비 (표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비 (실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비II (연간1회한)(1년50%) - 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 종합병원 암 복합치료 회복지원금(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(1년50%) - 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(1년50%)	**가입후 1년간 보험금 50% 지급**

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
뇌/심장	- 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)	**가입후 1년간 뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험금 50% 지급** (단, 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원 세부보장의 경우 100% 지급)

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
뇌/심장	- 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)	가입후 1년간 뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험금 50% 지급 (단, 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원II 세부보장의 경우 100% 지급)
	- 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액)	뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 - 가입후 180일 미만 진단시 : 보험금 10% 지급 - 가입후 180일이상 1년 미만 진단시 : 보험금 50% 지급 (단, 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원III 세부보장의 경우 100% 지급)

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
뇌/심장	- 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액)	뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 - 가입후 180일 미만 진단시 : 보험금 10% 지급 - 가입후 180일이상 1년 미만 진단시 : 보험금 50% 지급 (단, 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원IV 세부보장의 경우 100% 지급)
	- 2대 주요기관 양성종양 진단비(1년50%) - 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%) - 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환특정치료비III(1년50%) - 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비IIII(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급
	- 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비IIII(1년감액) - 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비IIII(1년감액) - 상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비IIII(1년감액) - 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비IIII(1년감액)	가입후 180일 미만 : 보험금 10% 지급 180일이상 1년미만 : 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
뇌	- 뇌출혈 진단비(1년50%) - 뇌출혈(90일면책) 진단비(1년50%) - 뇌졸중 진단비(1년50%) - 뇌졸중(90일면책) 진단비(1년50%) - 뇌혈관질환 진단비(1년50%) - 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급
	- 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여) (진단 후 5년, 연간 1회한)(1년50%) - 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여) (진단 후 10년, 연간 1회한)(1년50%)	가입후 1년간 뇌졸중으로 진단 확정되고 보험금 지급기간 중 보험금 지급사유 발생시 보험금 50% 지급 (단, 뇌졸중 치료비 지원 세부보장의 경우 100% 지급)

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
심장	- 급성심근경색증 진단비(1년50%) - 급성심근경색증(90일면책) 진단비(1년50%) - 허혈성심장질환 진단비(1년50%) - 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) - 기타 심장부정맥 진단비(1년50%) - 특정3대심장질환 진단비(1년50%) - 심장부정맥 고주파·냉각절제술 치료비(급여) (연간1회한)(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급
순환계	- 특정순환계질환 진단비(1년50%) - 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
	- 상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년감액) - 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년감액) - 종합병원 특정순환계질환 약물치료비(주사제) (급여)(연간1회한)(1년감액) - 종합병원 특정순환계질환 복합치료 회복지원금 (1년감액) - 종합병원 특정순환계질환 통합치료비 (표준형, 연간1억원한도)(1년감액) - 종합병원 특정순환계질환 통합치료비 (실속형, 연간5천만원한도)(1년감액)	가입후 180일 미만 : 보험금 10% 지급 180일이상 1년미만 : 보험금 50% 지급
혈전용해	- 혈전용해치료비(1년50%) - 혈전용해치료비(연간1회한)(1년50%) - 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) - 혈전제거 치료비(급여)(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
폐렴	- 중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비(1년50%) - 중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급
질병입원	- 질병 입원일당(1일이상)(1년50%) - 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) - 질병 종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) - 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) - 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%) - 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) - 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) - 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액) - 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) - 질병 입원 간호·간병통합서비스사용일당(1일이상)(1년50%) - 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)	가입후 1년간 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
수술	- 질병 입원·통원 수술비IV (백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - 질병 입원·통원 수술비IV(경증질병 제외) (백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - 질병 입원·통원 수술비II(1년50%) - 질병 입원·통원 수술비II(경증질병 제외) (1년50%) - 충수염 수술비(1년50%) - 인공관절치환 수술비(1년50%) - 111대질병 수술비(1년50%) - 4대특정질병치료·수술비(1년50%) - 질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) - 질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한) (1년50%) - 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) - 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) - 질병 상급종합병원 수술비 (백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) - 질병 종합병원 수술비 (백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - 2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
수술	- 질병 입원·통원 수술비II(60일10%형)(1년 감액) - 질병 입원·통원 수술비IV (백내장,대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)	가입후 60일 미만 : 보험금 10% 지급 60일이상 1년미만 : 보험금 50% 지급
	- 2대주요기관질병 수술비II(1년감액) - 통합 양성신생물 수술비(1년감액)	가입후 180일 미만 : 보험금 10% 지급 180일이상 1년미만 : 보험금 50% 지급
	- 5대주요기관질병 수술비II(1년감액)	가입후 180일 미만 : 보험금 10% 지급 180일이상 1년미만 : 보험금 50% 지급 (단, 간질환, 췌장질환, 폐질환으로 인한 보험금 지급사유 발생시 1년 미만 보험금 50%지급)
특정질환진단	- 대상포진 진단비(1년50%) - 대상포진(30일면책) 진단비(1년50%) - 대상포진(30일면책) 진단비(연간1회한)(1년50%) - 통풍 진단비(1년50%) - 10대난치성질환 진단비(1년50%) - [갱신형]희귀난치성질환 산정특례 진단비 (치매 제외)(1년50%) - [갱신형]특정자가면역질환 진단비(1년50%) - 7대 호흡계질환 진단비(1년50%) - 10대 소화계질환 진단비(1년50%) - 특정관절병·척추염 진단비(1년50%) - 전신결합조직장애 진단비(1년50%) - 특정패혈증 진단비(1년50%) - [갱신형]골다공증 진단비(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
독감	- [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%)	가입후 1년간 보험금 50% 지급
통원일당	- 2대질병 통원일당(상급종합병원)(1년50%) - 2대질병 통원일당(상급종합병원)(연간10회한) (1년50%) - 2대질병 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한) (1년50%) - 2대질병 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한) (1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
표적항암	- [갱신형]표적항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물 허가 치료비(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
종합병원일당	- 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) - 종합병원1인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년50%) - 상급종합병원 2~3인실 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%) - 종합병원 2~3인실 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 상해입원의 경우 100% 지급)
산정특례	- [갱신형]중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장 (연간1회한)(1년50%) - [갱신형]중증질환(심장) 산정특례대상보장 (연간1회한)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 상해의 경우 100% 지급)

구분	감액지급 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	감액기간 및 비율
치료/검사비	- [갱신형]재활치료비(급여)(1일1회한)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 상해의 경우 100% 지급)
	- [갱신형]3대특정검사(생검,골수,내시경) 지원비(급여)(연간1회한)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 상해의 경우 100% 지급)
	- [갱신형]질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) - 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
여성관련	- [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(1년50%) - [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
치매	- 치매 MRI·PET·CT 검사비(급여)(연간1회한)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급 (단, 상해로 인한 보험금 지급사유 발생시 100% 지급)
간·폐·신장	- 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 특정 간·폐·신장질환 특정약물치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병	- 질병 통합치료비(표준형)(1년50%) - 질병 통합치료비(선택형)(1년50%)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

보장한도	보장한도	자기부담금
최초 1회한	보험금 지급한도 적용	보험금 미지급

이 보험에는 **보험금 지급한도 및 자기부담금**이 설정된 담보가 있습니다.

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
입원일당	- 상해 입원일당(1일이상) - 상해 중환자실 입원일당(1일이상) - 상해 종합병원 입원일당(1일이상) - 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상) - 질병 입원일당(1일이상)주) - 질병 입원일당(1일이상)(1년50%) - 질병 종합병원 입원일당(1일이상)주) - 질병 종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) - 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)주) - 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) - 질병 중환자실 입원일당(1일이상)주) - 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%)	1일이상 180일 한도
	- 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외) - 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)주) - 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외, 1년감액)	181일째 입원일로부터 185일 한도

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
입원 일당	- 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)㈜ - 상급종합병원 1인실 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%) - 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)주) - 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년50%) - 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)㈜ - 상급종합병원 2~3인실 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%) - 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)㈜ - 종합병원 2~3인실 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%)	1일이상 30일 한도
상해 진단비	- 특정 외상성 뇌손상 진단비 - 특정 외상성 뇌출혈 진단비 - 특정 외상성 장기손상 진단비 - 중대 화상·부식 진단비	최초1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
암	- 암 진단비(유사암 제외)(1년50%) - 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) - 유사암 진단비(1년50%)(각각) - 유사암(90일면책) 진단비(1년50%)(각각) - 10대주요암 진단비(1년50%) - 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) - 특정유사암(4기) 진단비(1년50%) - 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) (세부보장별 각각) - 항암방사선·약물치료비III(1년50%) (암, 기타피부암/갑상선암 각각) - 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - 항암 방사선 치료비(1년50%) (암, 기타피부암/갑상선암 각각) - [갱신형]항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 방사선 치료비(1년50%) (암, 기타피부암/갑상선암 각각) - 10대 주요암 항암방사선·약물치료비(1년50%) - 암 최초수술비(유사암제외)(1년50%) - 전이암 최초수술비II(1년50%) - 유사암 최초수술비(1년50%) - [갱신형]암 다빈치로봇 수술비(1년감액) (암(특정암제외), 특정암 각각) - [갱신형]표적항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 양성자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]특정면역항암약물허가 치료비(1년50%)	최초1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
암	- [갱신형]중증질환(신규암) 산정특례 진단비(1년50%) - [갱신형]중증질환(중복암 및 재등록암) 산정특례 진단비(1년50%)	최초1회한
	- 암 직접치료 입원일당II(1일이상)(요양병원 제외) (1년50%)	1일이상 180일한도
	- 암 요양병원 입원일당II(1일이상, 90일한도) (1년50%)	1일이상 90일 한도
	- 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%)	1일 1회한
	- 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) (연간10회한)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외) (연간10회한)(1년50%)	1일 1회한 연간10회한
	- 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) (연간30회한)(1년50%) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당 (상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) - 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외) (연간30회한)(1년50%) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당 (요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)	1일 1회한 연간30회한
	- [갱신형]암 MRI·PET·CT·초음파 검사비 (연간1회한)(1년50%)	검사종류별 각각 연간 1회한
	- 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한) (1년50%)	입/통원 각각 1일 1회 입/통원 합산 연간 20회한
	- 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한) (1년50%) - [갱신형]계속받는 특정면역항암약물허가 치료비 (연간1회한)(1년50%)	암,기타피부암,갑상선암 각각 연간 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
암	- 특정 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한) (1년50%)	세부보장 각각 연간 1회한
	- 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비 (1년주기,5회한)	5회한
	- 종합병원 암 특정치료비II(1년50%)	세부보장별 각각
	세부보장 · 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료비II(1년50%)	치료행위별 연간 1회한
	세부보장 · 종합병원 유사암II 특정치료비II(1년50%)	치료행위별 연간 1회한
	- 상급종합병원 암 특정치료비II(1년50%)	세부보장별 각각
	세부보장 · 상급종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료비II(1년50%)	치료행위별 연간 1회한
	세부보장 · 상급종합병원 유사암II 특정치료비II (1년50%)	치료행위별 연간 1회한
	- 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 10대주요암 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비II(1년50%)	치료행위별 연간 1회한
	- 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)(1년50%)	연간 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
암	- 종합병원 암 특정치료비III(1년50%)	세부보장별 각각
	세부보장 · 종합병원 암(유사암II 제외) 특정치료비III (수술 입통원1회당)(1년50%)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
		항암방사선 연간1회한
		항암약물 연간1회한
	세부보장 · 종합병원 유사암II 특정치료비III (수술 입통원1회당)(1년50%)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
		항암방사선 연간1회한
		항암약물 연간1회한
	- 상급종합병원 암 특정치료비III(1년50%)	세부보장별 각각
	세부보장 · 상급종합병원 암(유사암II 제외) 특정치료비III(수술 입통원1회당)(1년50%)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
		항암방사선 연간1회한
		항암약물 연간1회한
	세부보장 · 상급종합병원 유사암II 특정치료비III (수술 입통원1회당)(1년50%)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
		항암방사선 연간1회한
		항암약물 연간1회한
	- 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 10대주요암 특정치료비III(1년50%) - 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비III(1년50%)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
		항암방사선 연간1회한
		항암약물 연간1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
암	- 암 진단 후 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	세부보장별 상이
	세부보장 · 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
	세부보장 · 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
	세부보장 · 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원	최초 1회한
	세부보장 · 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원	최초 1회한
	- 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(1년50%)	세부보장별 상이
	세부보장 · 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
	세부보장 · 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
	세부보장 · 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원II	최초 1회한
	세부보장 · 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원II	최초 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금
암	- 암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(1년50%)		세부보장별 상이
	세부보장	· 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
		· 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	최초암 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
		· 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅲ	최초 1회한
		· 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅲ	최초 1회한
	- 하이클래스 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) - 하이클래스 항암약물치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)		최초암 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
	- 암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용)		최초 1회한
	- 종합병원 암 통합치료비 (고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비 (고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%)		지급사유별 상이 (연간 1.2억 한도 내)

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금
암	- 종합병원 암 통합치료비 (표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비 (표준형, 연간1억원한도)(1년50%) - 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%)		지급사유별 상이 (연간 1억 한도 내)
	- 종합병원 암 통합치료비 (실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 상급종합병원 암 통합치료비 (실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) - 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%)		지급사유별 상이 (연간 5천만원 한도 내)
	- 종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비Ⅱ (연간1회한)(1년50%)		암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 유사암Ⅱ 각각 연간 1회한
	- 종합병원 암 복합치료 회복지원금(1년50%)		세부보장별 각각
	세부보장	종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료 (연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)	연간 1회한
		종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)	연간 1회한
		종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료 (연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)	연간 1회한
		종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)	연간 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금	
암	- 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(1년50%)		세부보장별 각각	
	세부보장	· 케어플러스 암 통합치료비 (고급형)(검사)(1년50%)	치료행위별 연간1회한	
		· 케어플러스 암 통합치료비(고급형) (종합병원 통합치료비,연간1.2억한도) (1년50%)	지급사유별 상이 (연간 1.2억 한도 내)	
		· 케어플러스 암 통합치료비 (고급형)(회복치료,급여)(1년50%)	항구토제 치료	연간1회한
			약제치료	연간1회한
			통증완화치료	연간1회한
			특정재활치료	1일1회 연간 20회한
		· 케어플러스 암 통합치료비 (고급형)(호스피스,말기암)(1년50%)	최초 1회한	
	- 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(1년50%)		세부보장별 각각	
	세부보장	· 케어플러스 암 통합치료비 (표준형)(검사)(1년50%)	치료행위별 연간1회한	
		· 케어플러스 암 통합치료비(표준형) (종합병원 통합치료비,연간1억한도) (1년50%)	지급사유별 상이 (연간 1억 한도 내)	
		· 케어플러스 암 통합치료비 (표준형)(회복치료,급여)(1년50%)	항구토제 치료	연간1회한
			약제치료	연간1회한
			통증완화치료	연간1회한
			특정재활치료	1일1회 연간 20회한
		· 케어플러스 암 통합치료비 (실속형)(호스피스,말기암)(1년50%)	최초 1회한	

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금	
암	- 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(1년50%)		세부보장별 각각	
	세부보장	· 케어플러스 암 통합치료비 (실속형)(검사)(1년50%)	치료행위별 연간1회한	
		· 케어플러스 암 통합치료비(실속형) (종합병원 통합치료비,연간5천만한도) (1년50%)	지급사유별 상이 (연간 5천만원 한도 내)	
		· 케어플러스 암 통합치료비 (실속형)(회복치료,급여)(1년50%)	항구토제 치료	연간1회한
			약제치료	연간1회한
			통증완화치료	연간1회한
			특정재활치료	1일1회 연간 20회한
		· 케어플러스 암 통합치료비 (실속형)(호스피스,말기암)(1년50%)	최초 1회한	
	- 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(1년50%)		세부보장별 각각	
	세부보장	· 케어플러스 암 통합치료비 (선택형)(검사)(1년50%)	치료행위별 연간1회한	
		· 케어플러스 암 통합치료비 (선택형)(회복치료,급여)(1년50%)	항구토제 치료	연간1회한
			약제치료	연간1회한
			통증완화치료	연간1회한
			특정재활치료	1일1회 연간 20회한
		· 케어플러스 암 통합치료비 (선택형)(호스피스,말기암)(1년50%)	최초 1회한	

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
뇌	- 뇌출혈 진단비(1년50%) - 뇌출혈(90일면책) 진단비(1년50%) - 뇌졸중 진단비(1년50%) - 뇌졸중(90일면책) 진단비(1년50%) - 뇌혈관질환 진단비(1년50%) - 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) - 두 번째 뇌출혈 진단비	최초 1회한
심장	- 급성심근경색증 진단비(1년50%) - 급성심근경색증(90일면책) 진단비(1년50%) - 허혈성심장질환 진단비(1년50%) - 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) - 두 번째 급성심근경색증 진단비 - 기타 심장부정맥 진단비(1년50%) - 특정3대심장질환 진단비(1년50%)	최초 1회한
	- 심장부정맥 고주파·냉각절제술 치료비(급여) (연간1회한)(1년50%)	연간 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금	
순환계	- 특정순환계질환 진단비(1년50%)		최초 1회한	
	- 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년50%)		세부보장별 상이	
	세부보장	· 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III (수술,혈전용해,혈전제거)(1년50%)	수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해	연간1회한
			혈전제거	연간1회한
		· 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III (중환자실)(1년50%)	연간 1회한	
	- 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년감액)		세부보장별 상이	
	세부보장	· 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III (수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)	수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해	연간1회한
			혈전제거	연간1회한
		· 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III (중환자실)(1년감액)	연간 1회한	
	- 상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년감액)		세부보장별 상이	

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금	
순환계	세부보장	· 상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비III (수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)	수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해	연간1회한
			혈전제거	연간1회한
		· 상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비III (중환자실)(1년감액)	연간 1회한	
	- 종합병원 특정순환계질환 약물치료비(주사제) (급여)(연간1회한)(1년감액)		치료행위별 연간1회한	
	- 종합병원 특정순환계질환 복합치료 회복지원금 (1년감액)		세부보장별 각각	
	세부보장	종합병원 특정순환계질환 복합치료 (연간2회이상)회복지원금(연간1회한) (1년감액)	연간 1회한	
		종합병원 특정순환계질환 복합치료 (연간3회이상)회복지원금(연간1회한) (1년감액)	연간 1회한	

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금
순환계	- 종합병원 특정순환계질환 통합치료비 (표준형, 연간1억원한도)(1년감액)		지급사유별 상이 (연간 1억원 한도 내)
	- 종합병원 특정순환계질환 통합치료비 (실속형, 연간5천만원한도)(1년감액)		지급사유별 상이 (연간 5천만원 한도 내)
뇌/심장	- 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)		세부보장별 상이
	세부보장	· 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)	뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환 최초 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
		· 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원	최초 1회한
	- 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)		세부보장별 상이
	세부보장	· 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년50%)	뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환 최초 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
		· 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원II	최초 1회한
	- 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액)		세부보장별 상이
	세부보장	· 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비 (진단후10년,연간1회한)(1년감액)	뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환 최초 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
		· 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원III	최초 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금
뇌/심장	- 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액)		세부보장별 상이
	세부보장	· 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년감액)	뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환 최초 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
		· 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원Ⅳ	최초 1회한
	- 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간 1회한)(1년50%)		세부보장별 상이
	세부보장	· 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간 1회한)(1년50%)	뇌졸중 최초 진단확정일을 포함하여 5년 이내 연간 1회한
		· 뇌졸중 치료비 지원	최초 1회한
	- 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간 1회한)(1년50%)		세부보장별 상이
	세부보장	· 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간 1회한)(1년50%)	뇌졸중 최초 진단확정일을 포함하여 10년 이내 연간 1회한
		· 뇌졸중 치료비 지원	최초 1회한
	- 2대 주요기관 양성종양 진단비(1년50%)		최초 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금
뇌/심장	- 2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%)		뇌질환 연간 1회한 심질환 연간 1회한
	- 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%)		입/통원 각각 1일 1회 입/통원 합산 연간 90회한
	- 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년50%)		세부보장별 상이
	세부보장	· 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)	뇌혈관질환, 허혈성심장질환 각각
			수술(혈전제거술 제외) / 수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해 / 연간1회한
			혈전제거 / 연간1회한
		· 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(중환자실)	연간 1회한
	- 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년50%)		세부보장별 상이
	세부보장	· 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)	뇌졸중, 급성심근경색증 각각
			수술(혈전제거술 제외) / 수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해 / 연간1회한
			혈전제거 / 연간1회한
		· 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(중환자실)	연간 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금	
뇌/심장	- 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년감액)		세부보장별 상이	
	세부보장	· 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)	뇌혈관질환, 허혈성심장질환 각각	
			수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해	연간1회한
			혈전제거	연간1회한
		· 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)	연간 1회한	
	- 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년감액)		세부보장별 상이	
	세부보장	· 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)	뇌혈관질환, 허혈성심장질환 각각	
			수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해	연간1회한
			혈전제거	연간1회한
		· 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)	연간 1회한	

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)		보장한도 및 자기부담금	
뇌/심장	- 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년감액)		세부보장별 상이	
	세부보장	· 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)	뇌졸중, 급성심근경색증 각각	
			수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해	연간1회한
			혈전제거	연간1회한
		· 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)	연간 1회한	
	- 상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년감액)		세부보장별 상이	
	세부보장	· 상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)	뇌졸중, 급성심근경색증 각각	
			수술 (혈전제거술 제외)	수술1회당 ※단, 1회 입원 또는 1회 통원당 1회한
			혈전용해	연간1회한
			혈전제거	연간1회한
		· 상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)	연간 1회한	

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
특정질환 진단	- 대상포진 진단비(1년50%) - 통풍 진단비 (1년50%) - 10대난치성질환 진단비(1년50%) - 특정관절병·척추염 진단비(1년50%) - 전신결합조직장애 진단비(1년50%) - 특정패혈증 진단비(1년50%) - [갱신형]희귀난치성질환 산정특례 진단비 (치매 제외)(1년50%) - [갱신형]특정자가면역질환 진단비(1년50%) - [갱신형]골다공증 진단비(1년50%)	최초 1회한
	- 7대 호흡계질환 진단비(1년50%) - 10대 소화계질환 진단비(1년50%)	세부보장 각각 최초 1회한
후유장해	- 상해 후유장해(3~100%)	가입금액 한도
	- 상해 후유장해(80%이상) - 질병 후유장해(80%이상)(1년50%)	최초 1회한
폐렴	- 중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비(1년50%) - 중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비(1년50%)	최초 1회한
특정 수술비	- 뇌·내장손상 수술비 - 인공관절치환 수술비(1년50%) - 충수염 수술비(1년50%)	최초 1회한
	- 상해흉터복원(성형)수술비	500만원 한도
혈전	- 혈전용해 치료비(1년50%) - 혈전제거 치료비(급여)(1년50%)	뇌경색증, 급성심근경색증 각각 최초 1회한
	- 혈전용해 치료비(연간1회한)(1년50%) - 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)	뇌경색증, 급성심근경색증 각각 연간 1회한
특정질병	- 4대특정질병치료·수술비(1년50%)	각각 연간 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
치료·수술		
여성관련	- [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속술 (HIFU) 치료비(1년50%)	최초 1회한
	- [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속술 (HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정유방병변 진공흡인 절제치료비 (연간1회한)(1년50%)	연간 1회한
상해 및 질병	- 창상봉합술 치료비(1일1회한)	세부보장별 각각 1일1회, 연간 3회한
치매	- 치매 직접치료 통원일당(1일1회한,연간12회한) - 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상) (1일1회한,연간12회한) - 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원) (1일1회한,연간12회한)	1일 1회한 연간 12회한
	- 치매 MRI·PET·CT 검사비(급여) (연간1회한)(1년50%) - 특정 치매 치료비(급여)(연간1회한) - 치매 CDR척도검사 지원비(급여)(연간1회한)	연간 1회한
	- 치매 진단비II(중증이상:CDR3점이상) - 치매 진단비II(중등도이상:CDR 2점이상) - 치매 진단비II(경증이상:CDR 1점이상) - [갱신형]치매 진단비II 지원 (중등도이상:CDR 2점이상) - 중증치매 산정특례 진단비	최초1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
치매	- [갱신형]표적치매약물허가 치료비 (최경증치매,경증알츠하이머치매)	세부보장별 최초 1회한
	- 치매 전문재활치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) - 치매 정신요법치료비(급여)(1일1회한,연간10회한)	1일 1회한, 연간 10회한
독감	- [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%)	1일이상 30일한도
	- [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(1년50%)	연간 1회한
통원일당	- 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) - 2대질병 통원일당(상급종합병원)(1년50%)	1일 1회한
	- 2대질병 통원일당(상급종합병원)(연간10회한) (1년50%) - 2대질병 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한) (1년50%)	1일 1회한 연간 10회한
	- 2대질병 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한) (1년50%)	1일 1회한 연간 30회한
아나필락시스	- 응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한)	연간1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
상해 입원 간병인 사용일당 (1일 이상)	- 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상)) (요양병원 제외) - 상해 입원 간병인 사용일당 (1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) - 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) - 상해 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당 (1일이상)	1일이상 180일 한도
	- 상해 특정수술 간병인 사용일당 (30일한도) (요양병원 제외)	1일이상 30일 한도
상해 입원 간병인 지원 (1일 이상)	- 상해 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외)	1일이상 180일 한도
상해 입원 간병인 사용일당 (181일 이상)	- 상해 입원 간병인 사용일당 (181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) - 상해 입원 간병인 사용일당 (181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) (전환용) - 상해입원간호간병통합서비스사용일당 (181일이상,요양/정신/한방제외)	181일째 입원일로부터 185일 한도
상해 입원 간병인 지원 (181일이상)	- 상해 입원 간병인지원 (181일이상)(요양/정신/한방제외)	181일째 입원일로부터 185일 한도

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
질병 입원 간병인 사용일당 (1일 이상)	- 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)주) - 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) - 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) - 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)주) - 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) - 질병 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당(1일이상)주) - 질병 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당(1일이상)(1년50%)	1일이상 180일 한도
	- 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)주) - 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%)	1일이상 30일 한도
질병 입원 간병인 지원 (1일 이상)	- 질병 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외)	1일이상 180일 한도

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
질병 입원 간병인 사용일당 (181일 이상)	- 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)주) - 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(전환용) - 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액) - 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)주) - 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)	181일째 입원일로부터 185일 한도
질병 입원 간병인 지원 (181일 이상)	- 질병 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외)	181일째 입원일로부터 185일 한도
간·폐·신장	- [간편]특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%)	지급사유별 상이 (연간 1억원 한도 내)
	- [간편]특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%)	지급사유별 상이 (연간 5천만원 한도 내)
	- [간편]특정 간·폐·신장질환 특정약물치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)	치료행위별 연간 1회한
질병	- [간편]질병 통합치료비(표준형)(1년50%) - [간편]질병 통합치료비(선택형)(1년50%)	각 통합치료 항목별 지급횟수 및 지급금액 상이
상해 수술	- [간편]상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) - [갱신형][간편]상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한)	동일사고당 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
질병 수술	- [간편]질병 1~5종 수술비 (동일질병당 연간1회한)(1년50%) - [갱신형][간편]질병 1~5종 수술비 (동일질병당 연간1회한)(1년50%)	동일질병당 연간1회한
산정특례	- [갱신형]중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장 (연간1회한)(1년50%) - [갱신형]중증질환(심장) 산정특례대상보장 (연간1회한)(1년50%) - [갱신형]중증화상 산정특례대상보장(연간1회한) (1년50%) - [갱신형]중증외상 산정특례대상보장(연간1회한) (1년50%)	연간1회한
치료/ 검사비	- [갱신형]재활치료비(급여)(1일1회한)(1년50%)	세부보장별 각각 1일 1회, 연간 12회한
	- 응급실내원 진료비(응급)(연간12회한)	1일 1회, 연간 12회한
	- [갱신형]상해 특정마취·수혈 치료비(급여) (연간1회한) - [갱신형]질병 특정마취·수혈 치료비(급여) (연간1회한)(1년50%)	마취(급여)/수혈(급여) 각각 연간 1회한
	- [갱신형]3대특정검사(생검,골수,내시경) 지원비 (급여)(연간1회한)(1년50%)	각각 연간 1회한

구분	보험금 지급한도 및 자기부담금 적용 담보 (동일보장 갱신형 및 체증형 포함)	보장한도 및 자기부담금
배상책임	- [갱신형]가족 일상생활중 배상책임III	대인, 대물 각 1억원 한도 [자기부담금] 1사고당 대인:없음 누수대물 : 50만원 누수외대물 : 20만원
	- [갱신형]가족 일상생활중 배상책임III (누수사고제외)	대인, 대물 각 1억원 한도 [자기부담금] 1사고당 대인:없음 누수외대물 : 20만원
기타	- 보험료 납입면제대상 - 보험료 납입면제대상II	최초 1회한

※ 보험료 납입면제대상 특별약관은 5종(납입면제형, 일반고지)에 한하여 가입가능하며 보험료 납입면제대상II 특별약관은 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II)에 한하여 가입가능합니다.

※ 주)에 해당하는 특별약관은 5종(납입면제형, 일반고지) 및 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II)에 한하여 가입가능합니다.

보장제외 이 보험의 특약 중에는 일부 보장하지 않는 항목이 있습니다.

약관본문 확인필요

특약명 (동일보장 갱신형 포함)	제외항목
- 특정 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) - 항암방사선·약물치료비III(1년50%) - 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - 항암 방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]표적항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%) - 계속받는 항암방사선·약물치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]항암 양성자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정면역항암약물허가 치료비(1년50%) - 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%) - 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) - 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비II(1년50%) - 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비III(1년50%)	제자리암, 경계성종양

특약명 (동일보장 갱신형 포함)	제외항목
- 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)(1년50%) - 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(1년50%) - 암 진단 후 상급종합병원II 암 특정치료비(1년50%) - 하이클래스 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 하이클래스 암 특정치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) - 하이클래스 항암약물치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - 하이클래스 항암약물치료비 (진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) - 암 치료비 지원III(기가입자용)	제자리암, 경계성종양
- 암 진단비(유사암 제외)(1년50%) - 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) - 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) - 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) - 보험료 납입면제대상 - 보험료 납입면제대상II	[유사암] 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양
- 통합암(전이포함) 진단비(유사암 제외)	[유사암] 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 ※ 단, 유사암으로 인해 통합암(전이포함)에 해당하는 전이암이 발생한 경우는 보장합니다.

특약명 (동일보장 갱신형 포함)	제외항목
- 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)	[유사암] 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 [특정소액암] 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암
- 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액) - 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%)	대장용종 또는 대장 양성신생물의 절제술 수정체의 장애(H25~H28)
- 질병 입원·통원 수술비II(경증질병 제외)(1년50%) - 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) - 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%)	맥립종 및 콩다래끼(H00) 바이러스결막염(B30) 외이염(H60) 티눈 및 굳은살(L84) 헤르페스바이러스(B00)
- 상해 입원·통원 수술비II(경증상해 제외)	치아의 파절(S02.5) 치아의 탈구(S03.2)
- 질병 입원·통원 수술비IV (백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%)	대장용종 또는 대장 양성신생물의 절제술 수정체의 장애(H25~H28) 맥립종 및 콩다래끼(H00) 바이러스결막염(B30) 외이염(H60) 티눈 및 굳은살(L84) 헤르페스바이러스(B00)

특약명 (동일보장 갱신형 포함)	제외항목
- 특정 외상성 뇌손상 진단비	뇌진탕(S06.0), 외상성 뇌부종(S06.1)
- 특정 외상성 뇌출혈 진단비	외상성 소뇌출혈(S06.8)
- 특정 외상성 장기손상 진단비	수술을 하지 않은 탈장 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈
- [갱신형]희귀난치성질환 산정특례진단비(치매제외)(1년50%)	치매 질환
- [갱신형]상해 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한) - [갱신형]질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)	진정내시경 환자관리료 조혈모세포의 주입 동종 공여자 림프구 주입 자가수혈
- [갱신형]3대특정검사(생검,골수,내시경) 지원비(급여)(연간1회한)(1년50%)	남성불임(N46) 또는 보험계약일로부터 2년이내에 발생한 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증 (N96~N98)
- [갱신형]특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)(1년50%)	유방의 암, 제자리암, 경계성종양, 유방의 비대(N62)

※ 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 암 및 암(특정소액암 제외)의 정의에서 제외

해약환급금에 관한 사항

보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

해약환급금

적거나 없음
(해지시)

5종(납입면제형, 일반고지) 을 가입한 경우 : 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다

6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ) 및 8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지)을 가입한 경우 : 해약환급금은 아래와 같이 지급합니다. 단, [갱신형] 특별약관 및 유사암진단 납입지원 특별약관은 보험기간 중 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 지급하며, 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 등 아래 대상 특별약관 중 아래의 사유에 해당하고 「보험금 지급기간」 이내에 계약이 해지될 경우 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

대상 특별약관	대상 세부보장	사유
암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) (1년50%)주1), 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비 (1년50%)주1), 암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비 (1년50%)주1)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1)	보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정 된 경우
	기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1)	보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우
	하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주1), 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)주1), 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)주1)	보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 된 경우
뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)주2), 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액)주2), 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%)주2) 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액%)주2)	뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주2), 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)주2), 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)주2) 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)주2)	「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 된 경우
뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간 1회한)(1년50%)주3), 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간 1회한)(1년50%)주4)	뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간 1회한)(1년50%)주3), 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간 1회한)(1년50%)주4)	「뇌졸중」으로 진단확정 된 경우

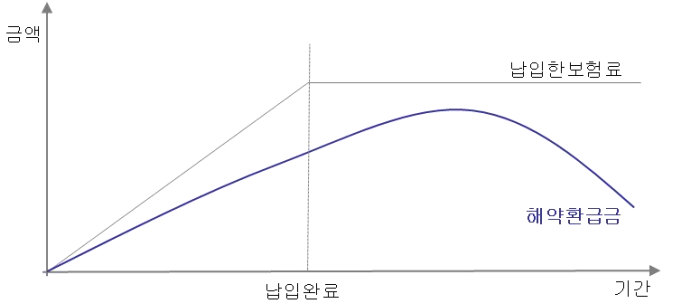
주1) 보험금 지급기간: 암 최초 진단확정일로부터 10년
주2) 보험금 지급기간: 「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 10년
주3) 보험금 지급기간: 「뇌졸중」 최초 진단확정일로부터 5년

주4) 보험금 지급기간: 「뇌졸중」 최초 진단확정일로부터 10년

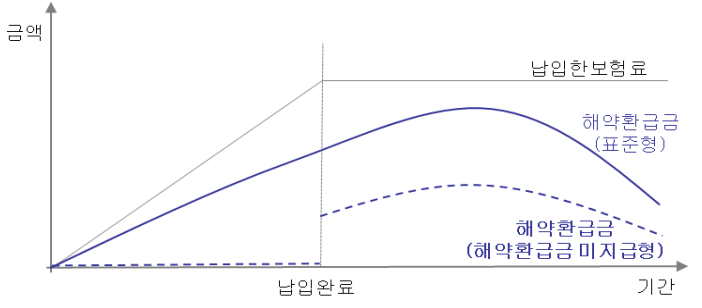
구분	해약환급금 지급금액 (6종, 8종 가입시) 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ) 8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지)
보험료 납입기간 중	해약환급금이 **없음**
보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후	**표준형 상품 해약환급금의 50%**

주) 표준형 상품: 해지율을 제외한 모든 기초율을 동일하게 적용하되, 해지율은 적용하지 않고 산출한 상품

<5종 납입면제형>



<6종(납입면제형, 해약환급금 미지급형Ⅱ), 8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지)>



갱신시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 **갱신시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

보험료갱신형

갱신시 보험료인상

갱신형 계약은 갱신할 때 마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

구분	갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
입원 통원	- [갱신형]질병 입원일당(1일이상)(1년50%) - [갱신형]질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) - [갱신형]질병중환자실입원일당(1일이상)(1년50%) - [갱신형]암 직접치료 통원일당 (상급종합병원)(1년50%) - [갱신형]암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한(1년50%)) - [갱신형]암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) - [갱신형]암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) - [갱신형]암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) - [갱신형]암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) - [갱신형]암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) - [갱신형]암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) - [갱신형]암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년50%)
수술	- [갱신형]암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) - [갱신형]암 수술비(유사암 제외)(1년50%) - [갱신형]전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%) - [갱신형]전이암 수술비Ⅱ(1년50%) - [갱신형]유사암 최초수술비(1년50%) - [갱신형]유사암 수술비(1년50%) - [갱신형]암 다빈치로봇 수술비(1년감액)

구분	갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
수술	- [갱신형]5대주요기관질병 수술비II(1년감액) - [갱신형]질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - [갱신형]질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%) - [갱신형]질병 입원·통원 수술비II(1년50%) - [갱신형]질병 입원·통원 수술비II(경증질병 제외)(1년50%) - [갱신형]질병 입원·통원 수술비II(60일10%형)(1년 감액) - [갱신형]질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액) - [갱신형]111대질병 수술비(1년50%) - [갱신형]4대특정질병치료·수술비(1년50%) - [갱신형]상해 1~8종 수술비(시술포함) - [갱신형]질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) - [갱신형]상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) - [갱신형]질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(1년50%) - [갱신형]2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(연간1회한)(급여)(1년50%) - [갱신형]암 MRI·PET·CT·초음파 검사비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) - [갱신형]상해 상급종합병원 수술비 - [갱신형]질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) - [갱신형]질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - [갱신형]상해 종합병원 수술비 - [갱신형]질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) - [갱신형]질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) - [갱신형](체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%)
치료	- [갱신형]암 진단 후 암 특정치료비(1년50%)(진단 후 10년, 연간1회한) - [갱신형]하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - [갱신형]하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년

구분	갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
	50%)(기가입자용) - [갱신형]하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) - [갱신형]하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년 50%)(기가입자용) - [갱신형]항암방사선·약물 치료비III(1년50%) - [갱신형]항암 중입자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]표적항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]항암 양성자방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) - [갱신형]계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정면역항암약물허가 치료비(1년50%) - [갱신형]재활치료비(급여)(1일1회한)(1년50%) - [갱신형]상해 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한) - [갱신형]질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%) - [갱신형]2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%) - [갱신형]혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)

구분	갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
진단	- [갱신형]암 진단비(유사암 제외)(1년50%) - [갱신형]암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) - [갱신형]유사암 진단비(1년50%) - [갱신형]암 치료비 지원III(기가입자용) - [갱신형]뇌혈관질환 진단비(1년50%) - [갱신형]뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) - [갱신형]허혈성심장질환 진단비(1년50%) - [갱신형]허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) - [갱신형]전이암 및 특정암 진단비(1년50%) - [갱신형]신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) - [갱신형]통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) - [갱신형]희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)(1년50%) - [갱신형]특정자가면역질환 진단비(1년50%) - [갱신형]골다공증 진단비(1년50%) - [갱신형]중증질환(신규암) 산정특례 진단비(1년50%) - [갱신형]중증질환(중복암 및 재등록암) 산정특례 진단비(1년50%)
독감	- [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당 (1일이상, 30일한도)(1년50%)

구분	갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
간병일당	- [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) - [갱신형]상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) - [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방 제외) - [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) - [갱신형]상해 입원 간호·간병통합서비스사용일당(1일이상) - [갱신형](체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) - [갱신형](체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) - [갱신형](체증형)상해 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당(1일이상) - [갱신형]상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방 제외) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) - [갱신형]질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) - [갱신형]질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) - [갱신형]질병 입원 간호·간병통합서비스사용일당(1일이상)

구분	갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
간병일당	- [갱신형]질병 입원 간호·간병통합서비스사용일당(1일이상)(1년50%) - [갱신형]질병입원간호간병통합서비스사용일당 (181일이상,요양/정신/한방제외) - [갱신형]질병입원간호간병통합서비스사용일당 (181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) - [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당 (1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) - [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당 (1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) - [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) - [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상) (요양병원)(1년50%) - [갱신형](체증형)질병 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당(1일이상) - [갱신형](체증형)질병 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당 (1일이상)(1년50%) - [갱신형]상해 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) - [갱신형]질병 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) - [갱신형]상해 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) - [갱신형]질병 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) - [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상)) (요양병원 제외)(전환용) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상)) (요양병원 제외)(전환용) - [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상)) (요양/정신/한방제외)(전환용) - [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상)) (요양/정신/한방제외)(전환용)
산정특례	- [갱신형]중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]중증질환(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]중증화상 산정특례대상보장(연간1회한) - [갱신형]중증외상 산정특례대상보장(연간1회한)

구분	갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약
검사	- [갱신형]3대특정검사(생검,골수,내시경) 지원비(급여)(연간1회한)(1년 50%)
여성관련	- [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(1년50%) - [갱신형]특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%) - [갱신형]특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)(1년50%)
배상책임	- [갱신형]가족 일상생활중 배상책임III - [갱신형]가족 일상생활중 배상책임III(누수사고제외)
치매	- [갱신형]표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매) - [갱신형]치매 진단비II 지원(중등도이상:CDR 2점이상)

실손보상형 담보

이 보험에는 **실제 발생한 손해액을 보상(실손보상)**하는 담보가 포함되어 있습니다.

실손형담보

중복가입시 비례보상

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

동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의** 하시기 바랍니다.

실손보상형 담보
- [갱신형]가족 일상생활중 배상책임III
- [갱신형]가족 일상생활중 배상책임III(누수사고제외)

소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

사망, 상해, 질병 등

이 보험은 질병보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며 **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
만기 또는 중도해지시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
가입한 특약의 경우 보통약관과 보험기간이 다를 수 있습니다.
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다)

만기환급금

변동가능 OR 없음

① 5종(납입면제형, 일반고지)을 가입한 경우

회사는 이 보험의 기본계약 만기시점의 계약자적립액을 만기환급금으로 지급하며, 납입보험료 중 적립부분 순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액)를 기준으로 공시이율을 적용한 금액으로, 향후 **공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다.**
적립되는 보험료 없이 보장담보만으로 가입하시는 경우 보험계약 만기시 지급받는 금액(만기환급금)이 없습니다.

② 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II) 및 8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지)을 가입한 경우

해당 상품은 순수보장성 보험으로 보험계약 **만기시 지급받는 금액(만기환급금)이 없습니다.**

납입면제

납입면제 사유발생 이후

납입면제의 보장개시일 이후 납입면제 사유가 발생한 경우 차회 이후 보장보험로의 납입을 면제하며 적립보험료의 납입은 중지합니다.

갱신형 특별약관의 경우에는 납입이 면제된 경우에도 **갱신 이후에는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 갱신계약의 보험료를 납입해야 하며, 이후 납입면제사유가 발생하더라도 갱신보험료의 납입을 면제하지 않습니다.**

*5종 납입면제사유 : 상해후유장해(80%이상), 암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증

* 6종 납입면제사유 : 상해후유장해(80%이상), 암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 중대 화상·부식 진단 및 뇌내장손상 수술

중도인출

해약환급금 80%이내

아래 내용은 5종(납입면제형, 일반고지)을 가입한 경우에만 해당됩니다.

보험계약자는 보험기간 중 회사가 정한 기준에 따라 적립부분 해약환급금(기본계약 해약환급금이 **적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해약환급금을 한도로 함)의 80%내**에서 인출할 수 있습니다.

다만 보험계약대출이 있는 경우에는 그 원금과 이자합계액을 한도에서 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

중도인출시 인출금액 및 적립되는 이자만큼 만기(해지) 환급금에서 차감하여 지급하므로 **환급금이 현저하게 감소하거나 기납입보험료보다 적을 수 있습니다.**

금리연동형

적용금리 변동

아래 내용은 5종(납입면제형, 일반고지)을 가입한 경우에만 해당됩니다.

이 보험의 **적립부분 순보험료에 적용되는 이율은 매월 변동**됩니다.

* 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액

동 **이율**은 납입한 보험료에서 **계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료, 특약보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용**됩니다.

최저보증이율

0.25%

아래 내용은 5종(납입면제형, 일반고지)을 가입한 경우에만 해당됩니다.

이 보험의 **최저보증이율**은 연복리 **0.25%**입니다.

* 최저보증이율 : 자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

사망보험금

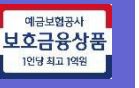
보험수익자 지정/변경

사망보험금 수익자를 지정/변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 사망보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의해야 합니다.

만약 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 민법상 피보험자의 법정상속인 순위로 보험수익자를 정합니다.

* 민법상 법정상속인 순위
  1.직계비속/ 2.직계존속/ 3.형제자매/ 4. 4촌이내의 방계 혈족
* 배우자는 위의 1, 2순위 상속인이 있는 경우에 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고, 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 됨

예금자보호



이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.

예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금 (또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 **1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다.**

다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

지정대리청구

보험금청구 대리인지정

보험사고(질병이나 상해 등) 발생으로 본인 스스로 보험금 청구가 현실적으로 어려운 상황이 발생할 경우 보험금을 대신 청구하는 자(보험금 대리청구인)를 보험가입초기 또는 유지 중에 미리 지정하는 제도입니다.

※ 예시:계약자가 자신을 위한 치매보험 가입하고 치매가 발생한 경우 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 보험금 청구가 곤란. 이런 경우에 대비하여 보험금 대리청구인을 미리 지정(기명, 무기명 중에서 지정)하면 계약자를 대신하여 보험금을 청구할 수 있음

법령개정 계약내용 변경가능성	① 관련 법령의 개정에 따라 판정기준이 폐지되거나 보험금 지급사유 판정이 불가능한 경우 및 기타 금융위원회의 명령이 있는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경합니다. 이 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다. ② 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 해당 계약의 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 해당 계약은 더 이상 효력이 없습니다. ③ 회사가 계약내용을 변경할 경우에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관 내용 변경 절차 등을 2회 이상 계약자에게 알립니다.

표적항암 약물치료에 관한 사항

Q1) 표적항암약물치료란 무엇인가요? 일반적인 항암약물치료와는 어떻게 다른가요?

A1) 표적항암약물치료는 세포독성항암제를 사용하는 기존 항암약물치료에 비해 정상세포의 손상을 최소화하며, 기존 치료법에 비해 생존율을 향상시킨다는 여러 연구 결과가 발표되고 있습니다.

Q2) 표적항암약물치료는 만능 치료법인가요?

A2) 표적항암약물치료는 몇몇 암종의 치료에서는 패러다임을 변화시켰지만 절대 만능 치료법이 아닙니다.

① 표적항암제는 암세포가 가진 특정한 물질(분자)을 표적하여 암세포를 공격하고 이를 통해 치료의 효과를 나타낼 수 있도록 만들어졌습니다. 이렇게 암세포를 공격하는 방법은 각 표적항암제의 작용 기전에 따라 다양합니다. 따라서 표적항암약물치료를 하기 위해서는 각 표적항암제가 작용하는 특정 표적인자에 대한 검사가 필요하며, 검사결과 및 그 외 임상 정보 등을 고려하여 처방을 받을 수 있습니다.

② 표적항암제 가격은 다른 일반항암제에 비해 상대적으로 고가(高價)이므로 많은 치료비용을 요합니다.

③ 표적항암약물치료는 치료 효과를 지속적으로 유지하기 위해 장기적인 투약을 필요로 합니다.

④ 표적항암약물치료는 암에 내성이 생기는 경우 효과가 감소될 수 있습니다.

Q3) 모든 환자가 표적항암약물치료를 받을 수 있는 건가요?

A3) 표적항암약물치료에 사용되는 표적항암제의 처방은 치료를 통해 충분한 치료의 효과가 기대되는 표적인자 보유환자에게만 이뤄집니다. 따라서 암의 치료 선택 과정에서 해당 전문의는 환자가 어떤 표적인자를 보유하고 있는지를 확인하고, 처방을 결정할 수 있습니다.

Q4) 표적항암약물치료는 부작용이 없는 건가요?

A4) 표적항암약물치료도 기존 항암약물치료보다는 부작용이 적지만 경우에 따라 특유의 부작용이 발생할 수 있으며, 환자마다 체감하는 정도가 다를 수 있습니다. 대표적인 부작용으로는 피부발진, 발열 및 오한, 메스꺼움 및 구토, 설사 또는 변비, 부종, 관절통 및 근육통 등이 있습니다. 처방 전 표적항암약물치료로 유발될 수 있는 부작용은 반드시 전문의 자문을 통해 확인하고 투약하여야 합니다.

Q5) 전액본인부담(비급여포함)표적항암약물치료란 무엇인가요?

A5) 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물치료는 「전액본인부담(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)」 또는 「비급여」에 해당되는 「표적항암제」를 처방받고 약물을 투여한 경우를 말합니다. 따라서, 안전성과 유효성 인정 범위 내 치료 중 전액본인부담 또는 비급여에 해당되는 약물을 투여한 치료를 말합니다. 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다) 」으로 사용된 경우

Q6) 전액본인부담 및 비급여란 무엇인가요? 급여와는 어떻게 다른가요?

A6) 급여란 국민건강보험법에 의하여 요양급여의 대상에 해당되는 사항을 말하며, 급여치료비용의 일부는 국민건강보험공단에서 부담하고 나머지 일부 비용을 환자 본인이 부담하게 됩니다. 전액본인부담이란 위의 급여항목에 해당되지만, 급여치료비용의 전부를 환자 본인이 부담하는 경우를 말합니다. 이와 달리 비급여는 국민건강보험법에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항을 말합니다. 따라서 전액본인부담(비급여포함) 치료를 받거나 전액본인부담(비급여포함) 약제를 투여 받은 환자는 해당 비용을 전액 부담해야 하므로 의료비 부담이 크게 느껴질 수 있습니다.

Q7) 암종별로 어떤 표적항암제를 처방 받을 수 있나요?

A7) 암종별로 주로 처방되는 표적항암제는 약관을 확인하시고, 처방된 항암제의 표적항암제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

특정면역항암 약물치료에 관한 사항

Q1) 특정면역항암약물치료란 무엇인가요? 일반적인 항암약물치료와는 어떻게 다른가요?

A1-1) 면역항암제란 암세포가 인체의 면역체계를 회피하지 못하도록하거나 면역세포가 암세포를 더 잘 인식하여 공격하도록 하는 약물(항암제)로서 특정면역항암제란 아래 3가지에 해당하는 면역항암제를 말합니다.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

② 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

A1-2) 특정면역항암약물치료는 세포독성항암제를 사용하는 기존 항암약물치료에 비해 생존률을 향상시킨다는 여러 연구 결과가 발표되고 있습니다.

Q2) 특정면역항암약물치료는 부작용이 없는 건가요?

A2) 특정면역항암약물치료도 기존 항암약물치료보다는 부작용이 적지만 경우에 따라 특유의 부작용이 발생할 수 있으며, 환자마다 체감하는 정도가 다를 수 있습니다. 대

표적인 부작용으로는 인체의 면역체계가 활발해지면서 면역세포가 정상세포를 공격하여 면역매개 부작용이 나타날 수 있습니다. 특정면역항암제의 부작용은 크게 주입관련반응, 피부, 위장관계, 내분비계, 폐, 신장, 안과계, 신경계, 심장 관련 부작용으로 나누어 볼 수 있고, 이 중 피부 부작용은 가장 먼저, 가장 흔하게 발생하는 것으로 보고되고 있습니다. 처방 전 특정면역항암약물치료로 유발될 수 있는 부작용은 반드시 전문의 자문을 통해 확인하고 투약하여야 합니다.

Q3) 암종별로 어떤 특정면역항암제를 처방 받을 수 있나요?

A3) 암종별로 주로 처방되는 특정면역항암제는 약관을 확인하시고, 처방된 항암제의 특정면역항암제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

Q4) 모든 환자가 특정면역항암약물치료를 받을 수 있는 건가요?

A4) 아닙니다. 해당 특약에서 특정면역항암제의 사용범위라 할 수 있는 '적응증(대상이 되는 암종, 치료단계 등)'은 항암제의 안전하고 효과적인 사용을 관장하는 두 국가기관인 식품의약품안전처(식약처)와 건강보험심사평가원(심평원)에서 정한 기준을 기초로 하여 정하고 있으며, 보험의 적용을 받기 위해서는 특정면역항암제가 치료시점의 적응증 범위 이내에서 처방 및 투여되어야 합니다.

Q5) 특정면역항암제의 적응증(대상이 되는 암종, 치료단계 등)이 변동되는 경우는 어떻게 되나요?

A5) 특정면역항암약물치료의 경우 보험계약체결시점 이후 적응증(대상이 되는 암종, 치료단계 등)이 변동될 수 있으며, 치료시점의 적응증 범위 이내에서 시행된 특정면역항암약물치료에 대해서만 이상품으로 보장받을 수 있습니다. 따라서, 치료시점의 적응증 범위 이외에서 시행된 특정면역항암약물치료는 보장받을 수 없음을 유의하시기 바랍니다.

Q6) 전액본인부담(비급여포함)특정면역항암약물치료란 무엇인가요?

A6) 전액본인부담(비급여포함)특정면역항암약물치료는 「전액본인부담(요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우)」 또는 「비급여」에 해당되는 「특정면역항암제」를 처방받고 약물을 투여한 경우를 말합니다. 따라서, 안전성과 유효성 인정 범위 내 치료 중 전액본인부담 또는 비급여에 해당되는 약물을 투여한 치료를 말합니다. 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다) 」으로 사용된 경우

Q7) 전액본인부담 및 비급여란 무엇인가요? 급여와는 어떻게 다른가요?

A7) 급여란 국민건강보험법에 의하여 요양급여의 대상에 해당되는 사항을 말하며, 급여치료비용의 일부는 국민건강보험공단에서 부담하고 나머지 일부 비용을 환자 본인이 부담하게 됩니다. 전액본인부담이란 위의 급여항목에 해당되지만, 급여치료비용의 전부를 환자 본인이 부담하는 경우를 말합니다. 이와 달리 비급여는 국민건강보험법에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항을 말합니다. 따라서 전액본인부담(비급여포함) 치료를 받거나 전액본인부담(비급여포함) 약제를 투여 받은 환자는 해당 비용을 전액 부담해야 하므로 의료비 부담이 크게 느껴질 수 있습니다.

특정항암 호르몬약물치료에 관한 사항

Q1. 특정항암호르몬약물치료란 무엇인가요

A1-1 특정항암호르몬치료제는 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

A1-2) 특정항암호르몬약물허가치료는 해당과목 전문의 자격증을 가진 자가 암의 치료를 목적으로 특정항암호르몬치료제를 투약하여 치료하는 것을 말합니다.

Q2. 암종별로 어떤 항암호르몬치료제를 처방받을 수 있나요?

A2. 암종별로 주로 처방되는 특정항암호르몬치료제는 약관을 확인하시고, 처방된 약제의 특정항암호르몬치료제 해당여부는 반드시 전문 의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

Q3) 특정항암호르몬치료제의 적응증(대상이 되는 암종, 치료단계 등)이 변동되는 경우는 어떻게 되나요?

A3) 특정항암호르몬약물치료의 경우 보험계약체결시점 이후 적응증(대상이 되는 암종, 치료단계 등)이 변동될 수 있으며, 치료시점의 적응증 범위 이내에서 시행된 특정항암호르몬약물치료에 대해서만 이 상품으로 보장받을 수 있습니다. 따라서, 치료시점의 적응증 범위 이외에서 시행된 특정항암호르몬약물치료는 보장받을 수 없음을 유의하시기 바랍니다.

항암 중입자방사선 치료에 관한 사항

Q1) 항암중입자방사선치료란 무엇인가요? 일반적인 항암방사선치료와는 어떻게 다른가요?

A1-1) 중이온의 물리적 특성[신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)]을 이용해 정상 조직에 미치는 영향을 최소화 하여 암세포를 죽이는 치료입니다.

A1-2) 엑스선을 이용한 기존의 방사선 치료는 방사선 진행 경로에 있는 모든 조직에 영향을 미칩니다. 하지만 중입자치료는 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 이용하여 중이온빔이 진행 경로의 종양 앞과 뒤에 위치하는 정상 조직에 미치는 영향을 최소화 할 수 있습니다.

Q2) 항암중입자방사선치료비의 보험금 지급사유는 어떻게 되나요?

A2-1) 「최초계약의 암보장개시일 이후에 "암" 으로 진단이 확정되거나, 최초계약의 보장개시일 이후에 "기타피부암 또는 갑상선암" 으로 진단이 확정」되고, 이 특약의 보험기간 중 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "항암중입자방사선치료" 를 받은 경우 최초 1회에 한하여 항암중입자방사선치료비 보험금을 지급합니다.

A2-2) 항암중입자방사선치료보험금은 "암", "기타피부암", "갑상선암" 구분 없이 최초 1회에 한하여 지급하며, 보험금 지급사유가 발생한 경우 특약은 소멸합니다.

Q3) 항암중입자방사선치료는 부작용이 없는 건가요?

A3) 항암중입자방사선치료는 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)에 따라 종양 앞과 뒤에 위치하는 정상 조직에 미치는 영향을 최소화 할 수 있어 기존 방사선 치료로 발생하는 부작용보다 훨씬 경미할 것으로 기대되나, 환자마다 체감하는 정도가 다를 수 있습니다.

Q4) 어떤 종류의 암에 가장 효과적입니까?

A4) 항암중입자방사선치료의 대상에는 종양(tumor)이 모두 포함되며 양성종양이든 악성종양이든 그 치료의 대상이 될 수 있습니다. 기존의 방사선 치료로는 어려움이 있었던 심부에 위치한 종양(뇌종양/뼈종양/간종양 등)이나 주변에 방사선 노출에 취약한 중요 구조물 등이 있는 종양(식도암, 두경부암, 척수 주위 종양, skull base 종양), 아동에게 생긴 종양 등 섬세하고 정확한 타겟이 필요한 경우에 적합합니다. 그 외 흑색종을 포함한 다른 기타 종양이 모두 중입자 치료의 대상이 될 수 있습니다.

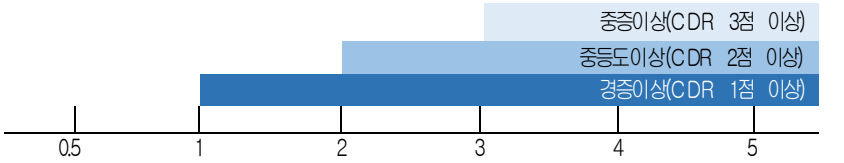
Q5) 어디서 치료받을 수 있나요?

A5) 항암중입자방사선치료는 '23년 연세의료원에 국내 최초로 도입되었으며 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 해당 치료를 받으신 경우에도 동일한 보장을 받으실 수 있습니다. 또한 향후 항암중입자방사선치료를 제공하는 병원이 국내에 확대되는 경우에도 동일하게 보장받을 수 있습니다.

치매 진단비 관련 특별약관에 관한 사항

- 치매 진단비 관련 특별약관에서 보험계약일 이후에 발생한 상해 또는 질병으로 보장개시일 이후에 중증(또는 경증, 중등도)의 인지기능의 장애가 발생한 상태를 말합니다.
- 치매 진단비 관련 특별약관은 1년의 면책기간을 적용하며, 보장개시일 이후 90일이상 치매상태가 지속되어 진단 확정되어야 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일로 합니다.
- 경증이상/중등도이상/중증이상 치매의 분류기준은 CDR 척도의 검사결과가 각 1점/2점/3점 이상에 해당되는 경우이며, 점수가 높을수록 치매의 정도가 중증임을 의미합니다.

[CDR 척도 기준에 따른 치매분류]



CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)
치매 관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- 치매의 진단은 치매 전문의(정신과 또는 신경정신과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 신경심리검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

- 아래와 같은 경우에 해당할 경우 보장하지 않습니다.
① 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
② 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
③ 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용

[치매의 보장개시 및 진단확정(예시)]



치매의 정의에 관한 사항

삼성화재 간편보험 새로고침100세는 보험금 지급 기준이 되는 치매의 정의를 CDR 점수 기준, KCD분류 기준에 따라 다르게 정의하고 있습니다.

① CDR척도 기준에 따른 특약

·치매 진단비II(중증이상:CDR 3점이상)
·치매 진단비II(중등도이상:CDR 2점이상)
·치매 진단비II(경증이상:CDR 1점이상)
·[갱신형]치매 진단비II 지원(중등도이상:CDR 2점이상)

② KCD 질병분류에 따른 특약

·치매 MRI·PET·CT 검사비(급여)(연간1회한)(1년50%)
·치매 CDR척도검사 지원비(급여)(연간1회한)
·치매 직접치료 통원일당(1일1회한,연간12회한)
·치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)(1일1회한,연간12회한)
·치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1일1회한,연간12회한)
·치매 전문재활치료비(급여)(1일1회한,연간10회한)
·치매 정신요법치료비(급여)(1일1회한,연간10회한)

③ CDR척도 기준 및 KCD 질병분류에 따른 특약

·[갱신형]표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)

· CDR 척도(Clinical dementia rating scale)
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
· 한국표준질병·사인분류(KCD 질병분류)
질병이환 및 사망자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화 한것입니다.

삼성화재 간편보험 새로고침100세에서 KCD 질병분류 기준으로 정의한 치매는 다음 표와 같습니다.

[KCD 질병분류 기준으로 정의한 치매]

분류항목	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
[G31.82† : 루이소체치매(F02.8*)]	G31.82†
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1
6. 알츠하이머병	G30

· CDR 척도 기준에 따른 치매와 KCD 질병분류에 따른 치매
CDR 점수 기준의 치매는 치매의 중함의 정도(중증도)를 점수화하여 점수에 따라 치매의 정의를 분류하고, KCD 질병분류에 따른 치매는 통계청에서 고시한 한국표준질병·사인분류에 따라 치매의 정의를 분류합니다.
· [갱신형]표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)의 자세한 분류는 약관을 참고하시기 바랍니다.

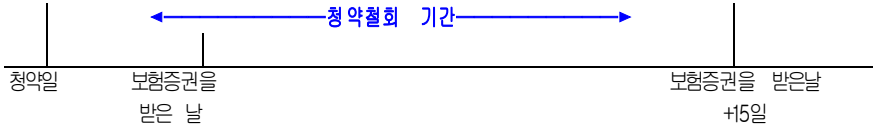
※ 자세한 사항은 반드시 약관을 확인하시기 바랍니다.

보험계약의 일반사항

청약을 철회할 수 있는 권리

[보통약관 제23조]

보험계약자는 **보험증권을 받은 날부터 15일 이내**(다만, 청약을 한 날부터 30일을 한도로 합니다)에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



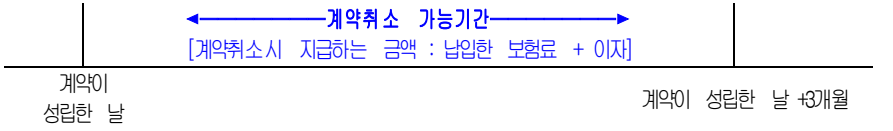
[청약철회가 불가한 경우]

① **청약일부터 30일**(65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
② **전문금융소비자**가 체결한 계약
③ **보험기간이 90일 이내**인 계약
④ **건강상태 진단**을 지원하는 계약

보험계약을 취소할 수 있는 권리

[보통약관 제24조]

보험계약자는 다음에서 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내에 계약을 취소**할 수 있습니다.
① 보험계약을 청약할 때 **보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서**를 전달 받지 못한 경우
② 보험약관의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
③ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



보험계약의 무효

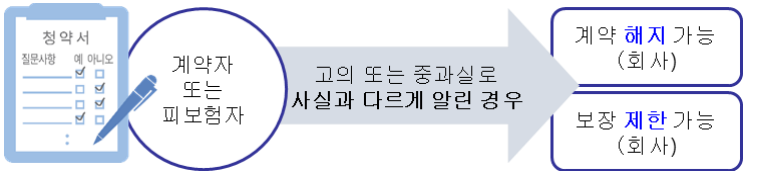
[보통약관 제25조]

보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면동의를 얻지 않은 경우
② 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우

보험계약전 알릴의무 및 위반효과

[보통약관 제18조, 제20조]

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항**(중요사항)에 대하여 **사실대로 기재하고 자필서명**을 하셔야 합니다.



① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**

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

[민원사례]

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 3개월 내 의사로부터 추가검사 필요소견을 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 OO질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

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

[법률지식]

[대법원 2007.6.28.선고 2006다59837] 일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지 의무를 수령할 권한이 없음

보험계약후 알릴의무 및 위반효과

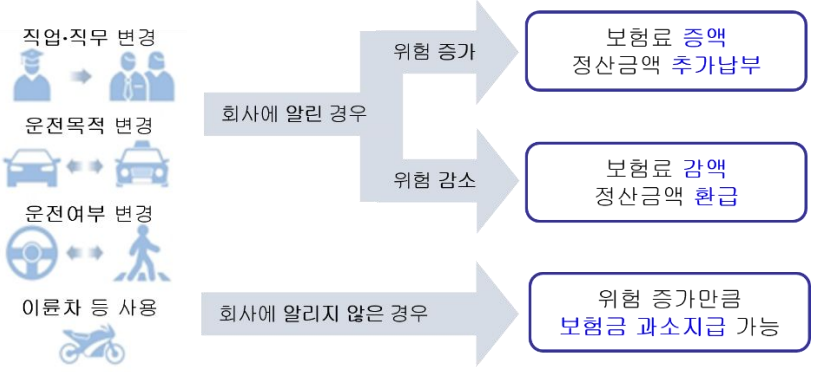
[보통약관 제19조, 제20조]

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무변경 등이 발생한 경우 지체없이 보험회사에 알려야 하며**, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

① **위험이 감소**한 경우 **보험료를 감액**하고 **정산금액을 환급**하여 드리며,

② **위험이 증가**한 경우 **보험료가 증액**되고 **정산금액의 추가납입**이 필요할 수 있습니다.

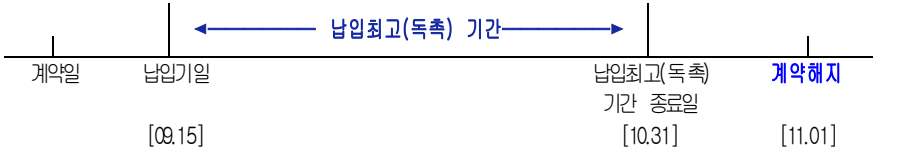


보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

[보통약관 제32조]

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

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



해지된 보험계약의 부활(효력회복)

[보통약관 제33조]

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

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



보험계약대출

[보통약관 제39조]

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

① **상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자**는 **해약환급금 또는 보험금**에서 차감될 수 있습니다.
② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출이 제한**될 수 있습니다.
③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율을 반드시 확인**하시기 바랍니다.

[예시 : 환급금 내역서]

해약환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



보험금 청구절차 및 서류

[보통약관 제9조, 제10조]

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



소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류가 간소화**되는 경우도 있으니, 보험금청구 전에 **보험회사에 제출서류를 확인**하시기 바랍니다.

※ 소액 보험금 예시 : 신생아 입원비 청구시 50만원 이하 등

보험금 청구서류

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

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.
자세한 사항은 다음의「보험금 청구시 구비서류 안내」를 참고하세요

보험금 청구시 구비서류 안내

※ 아래의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다. 반드시 담당자와 필요서류에 대하여 상의하시기 바랍니다.

질병/상해

보장	필요서류	발급처
공통	- 보험금청구서 - 통장사본(사전등록계좌 등 본인계좌 확인 가능시 불필요) - 개인(신용)정보처리동의서 - 청구인 신분증 사본	보험회사
	[가족관계 확인이 필요한 경우] - 가족관계확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)	주민센터
	[타인에게 보험금을 위임하는 경우] - 보험금 청구권자의 인감증명서 (본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법)	주민센터/ 보험회사
	[재해사고시 사고입증서류] - 교통사고 : 공공기관(경찰서,소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스,화물,택시 등) 사고사실확인서 - 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여 지급확인서 - 군인재해 : 공무상병인증서 - 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문 - 기타재해 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서 - 확인서류 발급불가 재해 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재 - 경찰서 발행 변사사실확인원	서류별 상이

보장	필요서류	발급처
사망	- 사망진단서(시체검안서) 원본 - 사망진단서(시체검안서) 사본 및 피보험자 기본증명서 (사망사실 기재)	의료기관/ 주민센터
	[(수익자 미지정시)추가요청서류] - 상속관계 확인서류[예시:(상세)가족관계증명서, 혼인관계증명서 등] - 상속인이 다수인 경우 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법)	보험회사/ 주민센터
입원	- 입원기간이 포함된 진단서 - 진단명이 포함된 입·퇴원 확인서	의료기관
통원	- 통원기간이 포함된 진단서 - 진단명이 포함된 통원 확인서 - 진단명 및 통원기간이 포함된 소견서 진료차트(의무기록)	의료기관
후유장해	- 후유장해진단서 - 일반진단서(일반진단서로 대체 가능한 경우)	의료기관
	[일반진단서 제출시 추가 필요서류] - 만성신부전 혈액투석(최초 투석일, 환자상태 기재) - 사지절단(절단부위 명시)X-ray필름(결과지) - 인공관절치환술(치환일자, 부위명시) 수술기록지 - 비장·신장·안구적출(적출일자 부위명시) 수술기록지 - 장기전절제(절제일자, 부위명시) 수술기록지	의료기관
수술	- 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류	의료기관
	[진단 및 수술 관련 추가확인이 필요한 경우] - 하지정맥류수술 : 혈류초음파검사결과(사진 또는 영상자료)	의료기관

보장	필요서류	발급처
골절	[진단명(질병분류코드)·진단일자가 포함된 서류] - 진단서(확정진단) 추정진단일 경우 X-ray 필름(결과지) - 의사소견서 X-ray필름(결과지)	의료기관
진단	- 진단서(진단명, 질병분류코드 포함) [암] - 조직검사결과지 · 백혈병: 골수검사지 및 혈액검사결과지 · 간/뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) [뇌졸중] - CT, MRI, MRA 등 방사선 판독결과지 [심근경색] - 각종검사결과지(관상동맥조영술, 심전도검사, 심근효소 검사 등)	의료기관
치료비	[암 관련 약물치료 담보] - 진단서 / 조직검사결과지 - 약물치료확인서(당사양식) [독감치료비] - 진단서(독감 항바이러스제 처방여부 및 의약품명 기재)	의료기관
태아	[신생아 입원비] - 출생증명서 또는 가족관계증명서 - 진단서(단, 50만원 이하인 경우 아래 서류로 대체 가능) · 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 · 진단명 및 입원기간이 포함된 진료 확인서 [유산 시] 진단서 [사산 시] 사산증명서	주민센터 의료기관

보장	필요서류	발급처
응급비용	- 119구급구조증명서(가족 이용시 주민등록등본)	소방서
실손	[입원] - 진료비 계산서·영수증 - 진료비 세부내역서 [통원] - 진료비 계산서·영수증 (항목구분이 가능한 표준영수증(의료법상 법정서식)만 가능, 소득공제 확인용 '진료비납입확인서'는 제출불가) - 질병분류기호가 기재된 처방전 및 약국영수증 - 진료비 세부내역서(비급여 발생시 제출)	의료기관
	[진단 및 수술 관련 추가확인 필요 시] - 하지정맥류수술 : 혈류초음파검사결과(사진 또는 영상자료), 수술기록지	의료기관

교통상해

보장	필요서류	발급처
공통	- 보험금청구서 - 통장사본(본인계좌 확인 가능시 불필요) - 개인(신용)정보처리동의서 - 청구인 신분증 사본 - 사고입증서류(교통사고사실확인서 등)	보험회사 보험회사 경찰서
	[가족관계 확인이 필요한 경우] - 가족관계확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)	주민센터
	[타인에게 보험금을 위임하는 경우] - 보험금 청구권자의 인감증명서(본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법)	주민센터/ 보험회사
	[재해사고시 사고입증서류] - 교통사고 : 공공기관(경찰서,소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스,화물,택시 등) 사고사실확인서 - 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여 지급확인서 - 군인재해 : 공무상병인증서 - 의료사고 등 법원분쟁: 법원판결문 - 기타재해 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서 - 확인서류 발급불가 재해 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재 - 경찰서 발행 변사사실확인원	서류별 상이

배상

보장	필요서류	발급처
공통	[피보험자]	
	- 보험금청구서	보험회사
	- 개인(신용)정보처리 동의서	보험회사
	- 사업자등록증 사본(사업자의 경우)	민원24
	- 주민등록등본	주민센터
	- 사고경위서 (언제,어디서,누구와,무엇을,왜,어떻게 되었는지 작성)	경찰서
	- 사고현장 사진(4매이상)	
	[피해자]	
	-개인(신용)정보처리 동의서 (보험금 청구를 위한 필수 동의서)	보험회사
	- 신분증 사본	
	- 사고경위서 (언제,어디서,누구와,무엇을,왜,어떻게 되었는지 작성)	보험회사
	[가족관계 확인이 필요한 경우]	
	- 가족관계확인서류(가족관계증명서, 혼인관계, 증명서 등)	주민센터
	[대리인 보험금 청구시]	
	- 위임장 원본(인감날인)	보험회사
	- 보험금 청구권자의 인감증명서 원본 (본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법)	주민센터 보험회사
	- 개인신용정보처리동의서 (보험금 청구를 위한 필수 동의서)	
	[피보험자 선합의 시]	보험회사
	- 선 배상 확인서	
	- 합의금 입금증(계좌이체 이력)	

보장	필요서류	발급처
대물 배상책임 (타인 물건 파손)	- 피해품의 사진(피해 입증 자료), 평소 사용하는 모습이 담긴 사진	피해자
	- 수리비 견적서 또는 수리 내역서	수리업체
	- 차량의 경우 차량등록증 사본	피해자
	- 부동산의 경우 임대차계약서, 건축물대장, 공사견적서	피해자
	- 동산의 경우 피해품내역서, 물품 구입증빙자료	피해자
	- 핸드폰의 경우 통신사 가입증명자료	휴대폰대리점
	- 피해품의 구입시기, 구입가격의 증빙서류 (영수증, 인터넷 구매내역 등)	수리업체/ 피해자
대물 배상책임 (누수 사고)	- 누수 사고 소견서 (누수원인, 누수발생 장소, 피해발생장소, 피해 수리부위)	보험회사
	- 피해품 내역서 및 피해물품의 사진(피해 입증 자료)	
	- 건물의 경우 건물등기부등본, 임대차 계약서 (임대차 계약이 있는 경우)	등기소
	- 피보험자가 피해자에게 수리비를 지급한 경우 이체 내역자료	금융기관
	- 수리견적서 및 수리비 영수증	수리업체
대인배상 책임 (타인 신체 부상)	- 진단서, 입·퇴원 확인서	의료기관
	- 초진기록지(최초 방문 병원 기록지), 응급기록지(응급실 경유의 경우)	의료기관
	- 진료비 계산서·영수증(금액만 나온 카드 영수증 안되며 진료항목이 표기된 계산서 필수)	의료기관
	- 상급병실사용확인서(일반병실부족 또는 감염 우려로 부득이 사용한 경우, 사유 반드시 기재된 것)	의료기관
	- 피해자 재직증명서 및 사고일 직전 3개월분 월급명세서 (피해자 입원시)	피해자

자주 발생하는 민원 예시

[유형1] 해약환급금이 적은 이유

[5종(납입면제형, 일반고지)만 해당]

사례	A씨는 이 상품의 **5종(납입면제형, 일반고지)** 가입 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 돌려받은 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만 제기
유의사항	보험은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비(모집수수료,계약유지관리비용 등)로 사용되므로 **중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수**도 있습니다. 또한, 해약환급금은 이율(보장성 공시이율V)의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자, 중도인출여부 등에 따라 **달라질 수** 있습니다. - 보장성공시이율V : 적립부분 순보험료에 적용되는 이율 - 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 等)을 제외한 금액



[유형1-2] 해약환급금이 적은 이유

[6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ)및 8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지)만 해당]

사례	A씨는 이 상품의 **6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ)** 및 **8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지)** 가입 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 돌려받은 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 불만 제기
유의사항	이 상품은 해약환급금 미지급형Ⅱ 상품으로 보험료 납입기간 중에 해지될 경우 해약환급금이 없는 상품입니다. **보험료 납입기간 중에 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간 이후 중도해지될 경우 해약환급금으로 표준형 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액이 지급됩니다.** ※ 해약환급금 발생기준일 예시 · 계약일(제1회 보험료 납입일) : 2021년 6월 1일 · 보험료 납입기간/납입주기 : 20년, 월납 보험료 납입완료일 : 2041년 5월 1일 · 해약환급금 발생기준일 : 2041년 6월 1일 이후 보험은 은행의 저축과 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비(모집수수료,계약유지관리비용 등)로 사용되므로 **중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수**도 있습니다.

[유형2] 만기환급금이 예상과 다른 이유

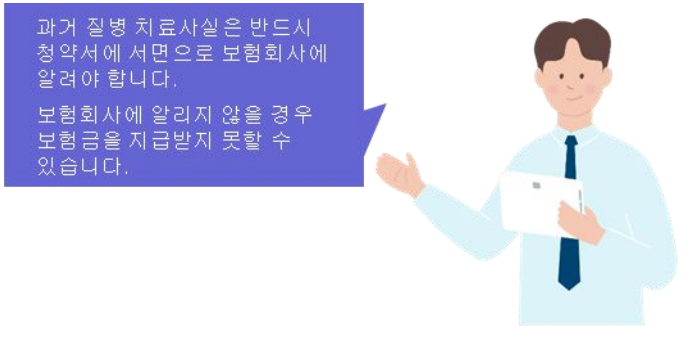
[5종(납입면제형, 일반고지)만 해당]

사례	B씨는 **5종(납입면제형, 일반고지)** 가입 후 보유중인 보험의 만기가 도래함에 따라 수령한 만기환급금이 예상 만기환급금보다 적은 것에 대한 불만을 제기
유의사항	적용이율이 변동하는 보험(금리연동형보험) 상품은 적립부분 순보험료에 적용되는 이율(보장성 공시이율V)등이 변동되는 경우 예상 만기환급금, 예상 해약환급금 등이 **달라질 수** 있습니다. - 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 等)을 제외한 금액



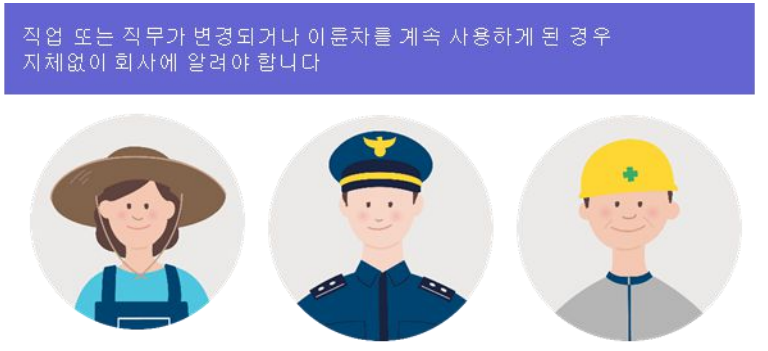
[유형3] 보험계약 전 알릴 의무 위반

사례	C씨는 과거 질병 치료사실을 보험모집인에게 이야기를 하였으나 보험 가입전 치료를 받고 있던 질병(재발 질병 포함)은 보험금을 지급받지 못한다는 보험사의 통보를 받고 불만을 제기
유의사항	과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다. 과거 질병 치료사실 등을 보험모집인에게 구두(말)로만 알린경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 **청약서에 서면**으로 알리시기 바랍니다. 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.



[유형4] 상해보험의 직업 또는 직무 변경시 보험료 변동 및 해약환급금 정산

사례	D씨는 보험가입 후 개인적인 사유로 직업을 변경하였고 보험기간이 종료됨에 따라 만기환급금을 수령하였으나 최초 예상환급금 대비 환급금이 적은 것에 대한 불만을 제기
유의사항	**직업 또는 직무를 변경**(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 **지체없이 회사에 알려야 합니다.** 그 통지에 따라 위험이 감소된 경우 보험료가 감액될 수 있으며, 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액이 환급될 수 있습니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 납입보험료의 증액 및 정산금액 추가납입이 발생할 수 있습니다.



[유형5] 할증보험료법 등에 대한 비교안내 확인

사례	E씨는 이 상품을 가입한 후, 할증보험료를 추가 부담하면 이 상품과 같거나 유사한 위험이 보장되는 다른 건강보험에 가입할 수 있었음을 알게 되어 불만을 제기
유의사항	회사가 정한 가입기준에 적합하지 않은 건강상태인 피보험자가 이 상품과 같거나 유사한 보장을 받고자 하는 경우에는 현재의 건강상태에 따라 「특별조건부 특별약관(할증보험료법)」을 통해 추가로 **할증보험료를 납입하거나** 「특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관」을 통해 **특정 신체부위에 발생한 질병이나 특정 질병을 보장에서 제외하는 방법으로 일반 건강보험을 가입**할 수 있습니다.



[유형6] 타인의 사망보험 가입 관련

사례	F씨는 G씨의 자필서명이 이루어지지 않은 상태에서 G씨를 피보험자로하는 보험을 가입하였고, 이후 F씨가 사망해 E씨는 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 계약무효 처리 및 보험금 지급이 어려움을 안내
유의사항	타인의 사망을 보험사고로 하는 보험 계약에는 보험계약 체결 시 **그 타인의 서면에 의한 동의를 얻어야 하며, 그렇지 않은 경우 무효** 처리됩니다. - 서면에 의한 동의 : 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2의 요건을 갖춘 전자문서를 포함합니다.



[유형7] 보험금청구권 소멸시효 관련

사례	상해보험을 가입한 H씨는 운동 중 무릎을 다쳐 병원치료를 받고 보험가입 사실을 잊고 지내다가 보험사고일로부터 3년이 경과한 후 보험금을 청구하였으나 보험회사는 보험금 지급이 어려움을 안내
유의사항	보험금청구권 소멸시효는 **3년으로 그 기간을 경과하면 보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.



[유형8] 암 보장담보의 보장시기 관련

사례	I씨는 암을 보장하는 담보(예 : 암 진단비, 암 수술비 등)에 가입한 후, 2달이 지나 위암을 판정받아 보험회사에 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 보험계약체결일로부터 90일이 경과하지 않아 보험금 지급이 어려움을 안내
유의사항	암을 보장하는 담보는 **최초계약일로부터 90일이 지난 날의 다음날부터 보장**합니다. 다만, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 최초계약일로부터 보장합니다.



보험용어 풀이

보험약관
보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자
보험회사와 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자
보험사고 발생의 대상이 되는 사람

보험수익자
보험계약에 의하여 보험금을 지급받는 자를 말하며, 보험사고가 발생하는 경우 회사에 대하여 보험금의 지급을 청구할 수 있는 사람

보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보장개시일(책임개시일)
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

보험계약일
보험계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일

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

보장보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료

적립보험료
회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료 적립부분

적립부분 순보험료
적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용을 제외한 금액

계약자적립액
장래의 보험금 또는 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해약환급금
계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

보험나이
계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 월 단위까지 계산 후, 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산한 나이를 말하며, 계약일 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가함

[갱신형] 특별약관
최초 보험가입 후 갱신주기(예: 10년/15년/20년)마다 갱신을 통해 해당 특별약관의 최종 갱신종료일까지 보장해 주는 특별약관

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객 권리 안내문

금융서비스의 이용 범위

고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적 만으로 이용됩니다.

고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 회사가 본인의 개인신용정보(이하 '본인정보')를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매권유(이하 '마케팅') 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상의 고객 권리

본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제35조에 따라 회사가 본인정보를 마케팅 목적으로 이용 및 제3자에게 제공하는 현황을 조회할 수 있습니다.

금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제36조에 따라 회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제37조에 따라 가입 신청시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.

다만, 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 계약이행이 어려운 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 합니다(마케팅 목적의 연락중지는 즉시 가능)

본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정을 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 의의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

조회 및 요구 방법

인터넷 : http://www.samsungfire.com
전 화 : 1588-5114
서 면 : 본사(서울특별시 서초구 서초대로74길 14) 또는 각 영업점

본인정보의 무료 열람 요구

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

NICE 신용정보(주) : ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.nice.co.kr
서울신용평가정보(주) : ☎ 02-3445-5000 인터넷 www.sci.co.kr
코리아크레딧뷰로(주) : ☎ 02-708-6000 인터넷 www.kcb4u.com

개인정보 유출시 피해보상

당사의 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 고객정보 관리·보호 고충처리자	☎ 02-758-4045 서울특별시 서초구 서초대로74길 14
협회 개인신용정보 보호담당자	☎ 02-3702-8500 서울특별시 종로구 종로5길 68
금융감독원 개인신용정보 보호담당자	☎ (국번없이)1332 서울특별시 영등포구 여의대로 38

보통약관

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

무배당 삼성화재 간편보험 새로고침100세
(2608.7)5종(납입면제형, 일반고지),6종(납입면제,
일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ) 및
8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지) 보통약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

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

제2조 (용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: [별표2]장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
4. 한국표준질병·사인분류 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 판단합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

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

<예시안내>

[연단위 복리]

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액

· 1년차 이자 = 100원(※원금) ×10% = 10원

· 2년차 이자 = (100원 + 10원)(※원금+1년차 이자) ×10% = 11원

→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

2. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
3. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 실제로 납입한 보험료를 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 5종(납입면제형, 일반고지)

가. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.

나. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

다. 적립보험료: 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

<용어풀이>

[보험료(5종(납입면제형, 일반고지)]

보험료는 계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 요금을 말하며, 보험료는 「보장보험료」와 「적립보험료」로 구성되어 있습니다. 또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 위험보험료, 회사가 적립한 금액을 돌려주기 위한 적립부분 순보험료와 부가보험료(회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비)로 구성됩니다.

- 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
- 보장보험료 = 위험보험료 + 부가보험료
- 적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

2. 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ) 및 8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지)

가. 보장보험료: 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

⑥ 5종(납입면제형, 일반고지) 및 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II): 제5조(보험료 납입면제), 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되는 계약을 말합니다. 단, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

⑦ 8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지): 제5조(보험료 납입면제), 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 의하여 납입면제가 적용되지 않는 계약을 말합니다.

⑧ 갱신 관련 용어

1. 최초계약: [갱신형] 특별약관이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
2. 갱신계약: [갱신형] 특별약관의 보험기간이 끝난 후 해당 제도성 특별약관 「1. [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
3. 갱신일: [갱신형] 특별약관이 갱신되기 직전 계약(이하 「갱신 전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) 보험증권에 기재된 보험가입금액을 상해 사망 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

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

<용어풀이>

[실종선고]
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

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

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제5조 (보험료 납입면제)

① 회사는 5종(납입면제형, 일반고지)을 가입한 피보험자에게 보험료 납입기간 중 2. 보험료 납입면제대상 특별약관의 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II)을 가입한 피보험자에게 보험료 납입기간 중 3. 보험료 납입면제대상II 특별약관의 보험금 지급사유가 발생한 경우 이 계약의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우 회사는 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제5조(보험료 납입면제)의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
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

<용어풀이>

[흥행]
영리를 목적으로 연극, 영화, 서커스 등을 요금을 받고 대중에게 보여주는 행위를 말합니다.

제8조 (보험금 지급사유의 통지)

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

제9조 (보험금 등의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방치료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 또는 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 계약자 또는 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류(단체취급 특별약관을 부가하는 경우, 사망보험금을 지급할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)]
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제10조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
7. 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

<유의사항>

분쟁조정은 이 약관의 (분쟁의 조정) 조항에 따라 금융감독원에 신청할 수 있습니다.

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]

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

[장해지급률]

질병이나 상해에 대하여 치유 후 남아있는 영구적인 장해에 의한 신체의 노동력 상실정도를 %로 나타낸 것을 말합니다.

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

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제20조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제11조(공시이율의 적용 및 공시)

① 이 보험계약에서 적립부분 적립이율은 5종(납입면제형, 일반고지)에 한하여 적용합니다. 이 보험의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 정해진 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 금액을 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율V(이하「공시이율」이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

<용어풀이>

[공시이율]

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

② 제1항의 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

<용어풀이>

[운용자산이익률]

운용자산수익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

[외부지표금리]

국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률, 양도성예금증서 유통수익률을 기준으로 산출합니다.

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

제12조(환급금의 중도인출)

① 이 보험계약에서 환급금의 중도인출은 5종(납입면제형, 일반고지)에 한하여 적용합니다. 계약자는 계약일부터 2년 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 해당시점의 적립부분 해약환급금(“보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라서 중도인출금은 인출시점에 차감되며, 기본계약 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 기본계약 해약환급금을 한도로 합니다)의 80%한도 내에서 인출할 수 있

습니다. 다만, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우에는 그 원금과 이자합계액을 한도에서 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

<용어풀이>

[보험년도]

당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지로 매1년 단위의 연도임. 예를 들어, 보험계약일이 2021년 8월 15일인 경우 보험년도는 8월 15일부터 2022년도 8월 14일까지 1년을 말함

<예시안내>

[중도인출금의 한도 예시]

중도인출 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

→ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

→ 기 신청한 보험계약대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정) 중도인출 가능액

= 80만원(총 중도인출 가능액) − 30만원 = 50만원

제13조(만기환급금의 지급)

① 이 보험계약에서 만기환급금의 지급은 5종(납입면제형, 일반고지)에 한하여 적용합니다. 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 적립한 금액(제12조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 중도인출한 금액을 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제11조(공시이율의 적용 및 공시)제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.25%로 합니다.

<용어풀이>

[최저보증이율]

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 계약자적립액이 공시이율에 따라 부리되며 공시이율이 0.1%인 경우(최저보증이율이 공시이율보다 큰 경우), 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율로 부리됩니다.

② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

③ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산([별표 1] 참조)에 따릅니다.

④ 제12조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 만기환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항에 정한 지급금이 감소합니다.

⑤ 제26조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 적립보험료 등을 감액할 경우 및 제5조(보험료 납입면제)에 의해 적립보험료의 납입이 중지될 경우 제1항에 정한 만기환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

제14조(보험금 받는 방법의 변경)

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

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

<예시안내>

[보험금을 나누어 지급받을 경우]

보험금: 6천만원, 보험금 지급일자: 2024년 4월 1일 일때 보험금을 일시에 지급받지 않고 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급액
2024년 4월 1일	2천만원
2025년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2026년 4월 1일	2천만원 × $(1 + 평균공시이율)^2$

제15조(주소변경통지)

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 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물

에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제16조(보험수익자의 지정)

① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제13조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우에는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.

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

<용어풀이>

[법정상속인]

피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

※ 상속순위

① 피상속인의 직계비속 ② 피상속인의 직계존속

③ 피상속인의 형제자매 ④ 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

[직계비속]

자기로부터 직계로 이어져 내려가는 혈족. 자녀, 손자, 증손 등

[직계존속]

조상으로부터 직계로 내려와 자기에 이르는 사이의 혈족. 부모, 조부모 등

[방계혈족]

자기의 형제자매와 형제자매의 직계비속, 직계존속의 형제자매 및 그 형제자매의 직계비속

제17조(대표자의 지정)

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

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

<예시안내>

[계약자가 2명 이상인 경우]

계약자가 2명 이상인 경우 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

<용어풀이>

[연대]

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제18조(계약 전 알릴 의무)

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

<관련법규>

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

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

[상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제19조(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: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

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

[직무]
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제26조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

<유의사항>

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

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

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 회사가 정하는 기준에 따라 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

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

<예시안내>

[비례 보상 예시]
보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우
· 상해사망 보험가입금액 : 1억원
· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

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

<유의사항>

계약자 또는 피보험자는 상해보험계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

원동기장치 자전거는 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외됩니다.

※유의사항 관련 예시
A씨(피보험자)는 일반 사무직으로 근무하던 중 상해보험을 가입하고 몇 년 후 물품배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 않았고, 물품 배달 업무 중 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적게 지급되었습니다.

제20조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위

반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제19조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

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

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제19조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 및 보험료 납입면제사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑧ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제21조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제22조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

<용어풀이>

[보험가입금액 제한]

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

[일부보장 제외]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

[보험금 삭감]

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.
[보험료 할증]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

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

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

⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하거나 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

⑥ 제5항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑦ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제23조(청약의 철회)

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

<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 30일(다만, 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

<관련법규>
[금융소비자보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)에서 정한 청약철회가능 기간]
일반금융소비자가 상법 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간을 말합니다.

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 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 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 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제24조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 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>

[약관의 중요한 내용]

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

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

[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 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

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

제25조(계약의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 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 경우 계약이 유효합니다.

<용어풀이>

[심신상실자(心神喪失者)]

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

[심신박약자(心神薄弱者)]

심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경

우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 계약일부터 3개월 이내에 이 계약의 피보험자를 대상으로 일반심사형 상품에 청약하고, 회사가 심사를 통해 일반심사형 상품에 가입 가능하다고 판단한 경우

② 5종(납입면제형, 일반고지)을 가입한 피보험자가 보험계약일로부터 2. 보험료 납입면제대상 특별약관 또는 3. 보험료 납입면제대상Ⅱ 특별약관 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 2. 보험료 납입면제대상 특별약관 또는 3. 보험료 납입면제대상Ⅱ 특별약관 제4조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우 계약자는 「암」의 진단확정일부터 90일 이내에 무효가 된 특별약관 이외의 계약을 취소할 수 있으며, 해당 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 해당 계약의 보험료를 돌려 드립니다.

제26조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ) 및 8종(해약환급금 미지급형Ⅱ, 일반고지) 보험계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자는 변경할 수 없으며, 보험가입금액의 증액 및 특별약관의 추가 또한 신청할 수 없습니다. (단, [갱신형]특별약관의 경우 보험가입금액의 증액 및 특별약관의 추가는 신청할 수 있습니다.)

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자
5. 보험가입금액, 적립보험료 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 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑦ 회사는 제1항 제4호에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제27조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제25조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

<예시안내>

[보험나이 계산]

생년월일 : 1988년 10월 2일

예1) 계약일 : 2022년 3월 13일
⇒ 2022년 3월 13일
- 1988년 10월 2일

예2) 계약일 : 2022년 4월 13일
⇒ 2022년 4월 13일
- 1988년 10월 2일

33년 5개월 11일 = 33세 33년 6개월 11일 = 34세

[계약해당일 계산]

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일 : 2022년 4월 10일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 10일

단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

제28조(계약의 소멸)

① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 사망 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 계약은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

<용어풀이>

[계약자적립액]

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

② 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 보장부분 계약자적립액 및 미경과보험료와 적립부분 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

제5관 보험료의 납입

제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

<용어풀이>

[보장개시일]

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

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

1. 제18조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제20조(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.

제30조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

<용어풀이>

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제31조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

<용어풀이>

[자동대출납입]

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스

를 말합니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

<용어풀이>

[보험계약대출이율]

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

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

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

제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

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

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

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

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

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

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

⑥ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1.계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것

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

3.계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

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

5.제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑦ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 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 제18조(계약 전 알릴 의무), 제20조(알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제22조(보험계약의 성립) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제20조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제26조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

<용어풀이>

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

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

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

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

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

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

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

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

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제25조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조의2(위법계약의 해지)

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

<용어풀이>

[위법계약]

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

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

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

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제6항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

<용어풀이>

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

제36조(중대사유로 인한 해지)

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

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

<용어풀이>

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

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

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

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산하며, 계약이 해지될 경우에는 아래와 같이 해약환급금을 계산합니다.

1. 5종(납입면제형, 일반고지)을 가입한 경우에는 적립부분 순보험료에 대하여는 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율을 적용하고, 제12조(환급금의 중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 적립부분 계약자적립액에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제11조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용합니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.25%로 합니다.
2. 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II) 및 8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우에는 표준형 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액이 지급됩니다.

<유의사항>

[6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II) 및 8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지) 해약환급금 관련]

- 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없고, 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 표준형 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형 상품의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 회사는 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내해 드립니다.
- 보험료 납입기간이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간을 말합니다.

3. 제2호에도 불구하고 [갱신형] 특별약관은 해당 특별약관의 보험기간 중 계약이 해지될 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.
4. 제2호에서 표준형 상품이란 보험료 산출시 적용한 모든 기초율(다만, 해지율은 적용하지 않습니다)이 동일한 상품을 말하며, 해약환급금을 계산할 때 기준이 되거나 비교·안내를 위한 상품으로서 판매는 하지 않습니다.

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

③ 제12조(환급금의 중도인출) 제1항에 따라 환급금을 중도인출한 경우에는 중도인출금 및 중도인출금에 부리되었을 이자만큼 해약환급금에서 차감하여 계산하므로 제1항 제1호에 정한 지급금이 감소합니다.

④ 제26조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 보험가입금액 등을 감액할 경우 및 제5조(보험료 납입면제) 제2항에 의해 적립보험료의 납입이 중지될 경우 제1항에 정한 해약환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.
⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
⑥ 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제39조(보험계약대출)

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제41조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이「금융소비자 보호에 관한 법률」제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

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

<용어풀이>

[소멸시효]
소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2021년 4월 1일에 발생하였음에도 2024년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

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

<용어풀이>

[신의성실의 원칙]
계약관계의 당사자는 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야 한다는 원칙을 말합니다.
※ 민법 제2조(신의성실) ①권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

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

<유의사항>

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

[기명날인]

자기 이름을 쓰고 도장을 찍는 것을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

<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.

제47조(개인정보보호)

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

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

<용어풀이>

[예금자보호제도]

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지" 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다.

다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

특별약관

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

특별약관 일반사항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 피보험자의 질병이나 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관을 부가할 수 있는 계약(이하 "기본계약"이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다. 다만, 기본계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 기본계약을 따릅니다. 다만, 회사는 해당 특별약관의 운영 특성에 따라 특별약관의 명칭을 가입자의 오해를 일으키지 않는 범위에서 수정하여 증권에 기재하여 드릴 수 있습니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
2. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
3. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
4. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
5. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

1. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
2. 장해: [별표2]장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
3. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
4. 한국표준질병·사인분류 : 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)를 말하며 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병(상병) 해당 여부를 판단합니다.

③ 지급금과 이자율 관련 용어

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

<예시안내>

[연단위 복리]

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액

· 1년차 이자 = 100원(※원금) ×10% = 10원

· 2년차 이자 = (100원 + 10원)(※원금+1년차 이자) ×10% = 11원

→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

2. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 기본계약의 계약체결시점의 평균공시이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.
3. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 이미 납입한 보험료 : 계약자가 실제로 납입한 보험료를 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

1. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
2. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

1. 보험료 : 손해를 보장하는데 필요한 보험료를 말합니다.

⑥ [갱신형] 특별약관의 갱신 관련 용어

1. 최초계약: [갱신형] 특별약관이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
2. 갱신계약: [갱신형] 특별약관의 보험기간이 끝난 후 제도성 특별약관「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신된 경우를 말합니다.
3. 갱신일: [갱신형] 특별약관이 갱신되기 직전 계약(이하「갱신 전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝난 날의 다음 날을 말합니다.
4. 갱신종료나이 : 사업방법서에서 정한 갱신형 계약의 갱신종료나이 계약해당일을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 (보험금의 지급사유)
각 특별약관의 보장을 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
각 특별약관의 보장을 따릅니다.

제5조 (보험료 납입면제)
보험료 납입면제 사항은 기본계약의 보험료 납입면제 사항을 준용합니다.

제6조 (보험료 납입면제에 관한 세부규정)
보험료 납입면제에 관한 세부규정은 기본계약의 보험료 납입면제에 관한 세부규정을 준용합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 각 특별약관별 보험금의 지급사유에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>
[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 각 특별약관별 보험금의 지급사유의 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

<용어풀이>
[흥행]
영리를 목적으로 연극, 영화, 서커스 등을 요금을 받고 대중에게 보여주는 행위를 말합니다.

제8조 (보험금 지급사유의 통지)
계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제9조 (보험금 등의 청구)
① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 보험료 납입면제를 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 또는 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류(단, 단체취급 특별약관을 부가하는 경우, 사망보험금을 지급할 때 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서 등)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)]
이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

제10조(보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 각 특별약관별 보험금 지급에 관한 세부규정에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
7. 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)에 따라 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

<유의사항>

분쟁조정은 이 약관의 (분쟁의 조정) 조항에 따라 금융감독원에 신청할 수 있습니다.

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.

<용어풀이>

[장해지급률]

질병이나 상해에 대하여 치유 후 남아있는 영구적인 장해에 의한 신체의 노동력 상실정도를 %로 나타낸 것을 말합니다.

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

<용어풀이>

[가지급보험금]

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

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

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급 지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

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

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

<예시안내>

[보험금을 나누어 지급받을 경우]

보험금: 6천만원, 보험금 지급일자: 2024년 4월 1일 일때 보험금을 일시에 지급받지 않고 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급액
2024년 4월 1일	2천만원
2025년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2026년 4월 1일	2천만원 × $(1 + 평균공시이율)^2$

제12조(주소변경통지)

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 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.

제13조(보험수익자의 지정)

① 사망보험금의 경우는 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자의 법정상속인, 기타 보험금의 경우는 피보험자로 합니다.
② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

<용어풀이>

[법정상속인]
피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.
※ 상속순위
① 피상속인의 직계비속 ② 피상속인의 직계존속
③ 피상속인의 형제자매 ④ 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
[직계비속]
자기로부터 직계로 이어져 내려가는 혈족. 자녀, 손자, 증손 등
[직계존속]
조상으로부터 직계로 내려와 자기에 이르는 사이의 혈족. 부모, 조부모 등
[방계혈족]
자기의 형제자매와 형제자매의 직계비속, 직계존속의 형제자매 및 그 형제자매의 직계비속

제14조(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 특별약관에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

<예시안내>

[계약자가 2명 이상인 경우]
계약자가 2명 이상인 경우 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

<용어풀이>

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

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

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

<관련법규>

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.
[상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제15조의2(계약 전 알릴 의무 위반의 특례 조치)

계약 전 알릴 의무 위반의 특례 조치는 기본계약의 계약 전 알릴 의무 위반의 특례 조치를 준용합니다.

제16조(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: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

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

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

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

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(특별약관 내용의 변경 등)에 따라 특별약관 내용을 변경할 수 있습니다.

<유의사항>

[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 특별약관 내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 「정산금액」이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 회사가 정하는 기준에 따라 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

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

<예시안내>

[비례 보상]

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1급 → 2급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 보험가입금액 : 1억원
· 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5
→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6천만원

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

<유의사항>

계약자 또는 피보험자는 상해보험계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야 합니다. 그러지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

원동기장치 자전거는 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외됩니다.

※유의사항 관련 예시

A씨(피보험자)는 일반 사무직으로 근무하던 중 상해보험을 가입하고 몇 년 후 물품배달원으로 직업을 변경하였으나 이를 고의 또는 중대한 과실로 보험회사에 알리지 않았고, 물품 배달 업무 중

일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적게 지급되었습니다.

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특별약관을 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 특별약관을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 제35조(해약환급금)제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 특별약관의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 또한, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(특별약관 해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 특별약관의 해지가 보험금 지급사유 발생 및 보험료 납입면제사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생 및 보험료 납입면제사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하거나, 보험료 납입면제를 적용합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특별약관을 해지하거나 보험금 지급 및 보험료 납입면제를 거절하지 않습니다.

⑧ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(특별약관의 성립)

① 이 특별약관은 기본계약(기본계약에 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 기본계약에 부가하여 이루어집니다

② 제1항의 규정에도 불구하고 기본계약의 보장개시일 이후에 이 특별약관을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 기본계약에 부가하여 이 특별약관을 체결할 수 있습니다.

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

<용어풀이>

[보험가입금액 제한]
피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

[일부보장 제외]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

[보험금 삭감]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

[보험료 할증]
일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

④ 회사는 이 특별약관의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특별약관은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

⑤ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특별약관의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 회사가 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우에는 최초계약 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

⑦ 제6항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없는 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑧ 제6항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에서 정한 특별약관의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에서 정한 특별약관의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

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

<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 30일(다만, 65세 이상의 계약자가 전화를 이용하여 계약을 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

<관련법규>

[금융소비자보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)에서 정한 청약철회가능 기간]
일반금융소비자가 상법 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간을 말합니다.

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 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다

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

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

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

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

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

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

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특별약관만 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>

[약관의 중요한 내용]

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

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

[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 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

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

제22조(특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용

하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만 15세 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 경우 계약이 유효합니다.

<용어풀이>

[심신상실자(心神喪失者)]
의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

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

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

② 제1항에서 정하지 않은 사항은 기본계약의 계약의 무효 사항을 준용합니다.

제23조(특별약관 내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 기본계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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 제1항에 따라 이 특별약관의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑤ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

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

제24조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(특별약관의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

<예시안내>

[보험나이 계산]
생년월일 : 1988년 10월 2일

예1) 계 약 일 : 2022년 3월 13일
⇒ 2022년 3월 13일
- 1988년 10월 2일
33년 5개월 11일 = 33세

예2) 계 약 일 : 2022년 4월 13일
⇒ 2022년 4월 13일
- 1988년 10월 2일
33년 6개월 11일 = 34세

[계약해당일 계산]
최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.
계약일 : 2022년 4월 10일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 10일
단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약해당일로 합니다.

제25조(특별약관의 소멸)

각 특별약관의 보장을 따릅니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

<용어풀이>

[보장개시일]

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

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

1. 제15조(계약 전 알릴 의무) 에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

<용어풀이>

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS포함) 등으로 계약자에게 알려 드립니다.

<용어풀이>

[자동대출납입]

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

<용어풀이>

[보험계약대출이율]

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

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

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약

환급금을 지급합니다.

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

제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

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

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

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

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

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

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

⑥ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑦ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 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 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(특별약관의 성립), 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제31조(강제집행 등으로 인하여 해지된 특별약관의 특별부활(효력회복))

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(특별약관 내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 특별약관의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

<용어풀이>

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

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

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

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

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

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

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

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

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

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제22조(특별약관의 무효) 에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조의2(위법계약의 해지)

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

<용어풀이>

[위법계약]

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

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

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

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제5항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

<용어풀이>

[제척기간]

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

제33조(중대사유로 인한 해지)

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

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

<용어풀이>

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

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

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다. 다만, 제1항 제1호에서 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 지급하지 않은 보험금에 해당하는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(회사의 파산선고와 해지)

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

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

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(해약환급금)

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산하며, 계약이 해지될 경우에는 아래와 같이 해약환급금을 지급합니다.

1. 해약환급금 구분이 해약환급금 일부지급형일 때에는 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 표준형 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급하며, 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품 해약환급금의 100%에 해당하는 금액을 지급합니다.

<유의사항>

[해약환급금 일부지급형의 해약환급금 관련]

· 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 표준형 상품 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 표준형 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

· 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형 상품의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

· 회사는 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내해 드립니다.

· 보험료 납입기간이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간을 말합니다.

2. 해약환급금 구분이 해약환급금 미지급형일 때에는 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품의 해약환급률에 이 상품의 해지 시점까지 납입한 보험료를 곱한 금액을 지급합니다. 이 때, 표준형 상품의 해약환급률이란 표준형 상품의 해약환급금을 표준형 상품의 해지 시점까지 납입한 보험료로 나눈 비율을 말하며, 해지 시점까지 납입한 보험료란 보험가입금액의 감액 등 변경사항을 반영하여 계산한 해지 시점의 보험료에 해지 시점까지의 납입회차를 곱한 금액을 말합니다.

<유의사항>

[해약환급금 미지급형의 해약환급금 관련]

· 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없고, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 표준형 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

· 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형 상품의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

· 회사는 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내해 드립니다.

· 보험료 납입기간이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간을 말합니다.

3. 해약환급금 구분이 해약환급금 미지급형II일 때에는 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

<유의사항>

[해약환급금 미지급형II의 해약환급금 관련]

· 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없고, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 표준형 상품보다 낮은 보험료로 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

· 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 표준형 상품의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

· 회사는 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내해 드립니다.

· 보험료 납입기간이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간을 말합니다.

4. 제1호, 제2호 및 제3호에도 불구하고 [갱신형] 특별약관 중 해약환급금 구분이 해약환급금 미지급형 및 해약환급금 미지급형II을 제외한 경우에는 해당 특별약관의 보험기간 중 계약이 해지될 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

5. 제1호, 제2호 및 제3호에서 표준형 상품이란 보험료 산출시 적용한 모든 기초율(다만, 해지율은 적용하지 않습니다)이 동일한 상품을 말하며, 해약환급금을 계산할 때 기준이 되거나 비교·안내를 위한 상품으로서 판매는 하지 않습니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급

금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 기본계약 약관의 [별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산을 따릅니다.

③ 제23조(특별약관 내용의 변경 등) 제1항에서 정한 보험가입금액 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해약환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.

④ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

⑤ 제32조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제36조(보험계약대출)

① 계약자는 이 특별약관의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.

④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)

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

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

제39조(관할법원)

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

제40조(소멸시효)

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

<용어풀이>

[소멸시효]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2021년 4월 1일에 발생하였음에도 2024년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제41조(약관의 해석)

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

<용어풀이>

[신의성실의 원칙]

계약관계의 당사자는 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야 한다는 원칙을 말합니다.

※ 민법 제2조(신의성실) ①권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제42조(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 회

사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

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

<용어풀이>

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

[기명날인]

자기 이름을 쓰고 도장을 찍는 것을 말합니다.

제43조(회사의 손해배상책임)

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

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

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

<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.

제44조(개인정보보호)

① 회사는 이 특별약관과 관련된 개인정보를 이 특별약관의 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 특별약관의 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.

제45조(준거법)

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

제46조(예금보험에 의한 지급보장)

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

<용어풀이>

[예금자보호제도]

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 본 회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지" 예금자 보호가 됩니다. 이와 별도로 본 회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

종속 특별약관

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

1. 질병 관련 특별약관

1-1. 유사암진단 납입지원 특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)은 보통약관의 납입기간과 동일합니다.

제2조 (보험료 납입지원 사유)

회사는 5종(납입면제형, 일반고지) 및 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ)을 가입한 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 차회 이후의 보통약관 및 보통약관에 부가된 특별약관의 보험료의 일부로 납입지원하여 드립니다. 다만, 어떠한 경우에도 유사암진단 납입지원 특별약관은 중복하여 지원하지 않습니다.

제3조 (보험료 납입지원에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험료 납입지원 사유)의 보험료 납입지원사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입지원사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

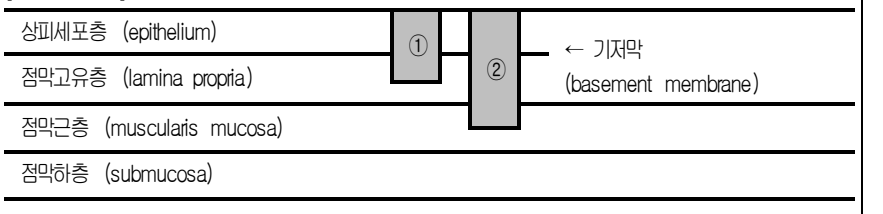
제4조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

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

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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>



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

④ 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을때 예시]

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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. . 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

제5조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제4조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

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

제6조 (알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 보통약관 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부와 관계없이 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험료 납입지원 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 특별약관을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험료 납입지원 사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관을 해지하였을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 계약의 해지가 보험료 납입지원사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험료 납입지원 하지 않습니다. 또한, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약 해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험료 납입지원사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험료 납입지원을 적용합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험료 납입지원을 거절하지 않습니다.

⑦ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복) 계약을 제2항의 최초계약으로

봅니다. 부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제7조 (특별약관 내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

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

④ 회사는 계약자가 이 특별약관의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보험가입금액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험료 납입지원 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑥ 계약자는 보험기간 중 보험료 납입지원사유가 발생한 후에는 이 특별약관의 내용을 변경할 수 없습니다.

⑦ 계약자가 보험수익자를 변경하지 않고 사망한 때에는 계약자 사망시점에 지정되어 있는 보험수익자의 권리가 확정됩니다. 그러나 계약자가 사망한 이후 그 승계인이 보험수익자를 변경할 수 있다는 별도의 약정이 있는 경우에는 승계받은 계약자가 보험수익자를 변경할 수 있습니다.

⑧ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 보통약관 제5조(보험료 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제된 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

< 계약자적립액 >

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

제9조 (보험료 납입지원 후 보험료 납입 특칙)

① 제2조(보험료 납입지원 사유)에 따라 보험료 납입지원된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제2조(보험료 납입지원 사유)에 따라 보험료 납입지원된 경우에도 보통약관 및 보통약관에 부가된 특별약관(이 특별약관은 제외합니다) 보험료 차액(보장보험료 합계에서 해당 납입지원금액을 차감한 금액을 말합니다)을 납입기일까지 계속 납입하여야 합니다.

③ 제2항에 정한 보험료 차액을 납입기일까지 납입하지 않은 경우 보통약관 및 보통약관에 부가된 특별약관 보험료 전액이 납입되지 않은 것으로 하여, 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)를 적용합니다.

④ 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약한 경우에는 제3항에도 불구하고 연체된 보험료 차액을 기준으로 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))제2항을 적용합니다.

제10조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

① 보통약관의 보험료를 납입하지 않아 보통약관이 해지된 경우에는 이 특별약관도 해지합니다.

② 계약자가 제2회 이후의 이 특별약관의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료

납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 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 특별약관이 해지된다는 내용

③ 회사가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험료 납입지원사유에 대하여 회사는 차회 이후의 보험료 납입지원을 해 드립니다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따라 이 특별약관이 해지된 경우에는 제12조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 보험료 납입지원사유가 발생한 이후 이 특별약관 해지시에는 회사는 더 이상 보험료 납입지원을 하지 않습니다.

제11조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있으며, 이 경우 제12조(해약환급금)에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험료 납입지원 사유)에서 정한 보험료 납입지원 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관을 해지하지 않습니다. 다만, 다음 중 하나의 사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

1. 보통약관 제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)에 따라 보통약관 계약을 해지하는 경우
2. 보통약관 및 보통약관 계약에 부가된 특별약관 보장보험료 합계가 이 특별약관 보험가입금액 이하로 낮아진 경우

제12조 (해약환급금)

① 이 특별약관에 따른 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

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

제13조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제12조(환급금의 중도인출), 제13조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

2. 상해 및 질병 관련 특별약관

2-2. 보험료 납입면제대상Ⅱ특별약관

제1조 (특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다)은 무배당 삼성화재 간편보험 새로고침100세(2608.7) 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ) 보통약관(이하「보통약관」이라 합니다)의 보험기간과 동일합니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형Ⅱ)을 가입한 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중 다음 중 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료 납입면제대상Ⅱ 보험금으로 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 보험료 납입면제대상Ⅱ 보험금은 중복하여 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 보험기간 중에 상해로 장해분류표([별표2]장해분류표참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
2. 피보험자가 보험기간 중에「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 제4조(암의 정의 및 진단확정)에서 정한「암」으로 진단확정된 경우
3. 피보험자가 보험기간 중에 제5조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한「뇌졸중」로 진단확정된 경우
4. 피보험자가 보험기간 중에 제6조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)에서 정한「급성심근경색증」으로 진단확정된 경우
5. 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접적인 결과로써 제7조(중대 화상·부식의 정의 및 진단확정)에서 정한「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우
6. 보험기간 중 피보험자가 상해의 직접적인 결과로써 사고일부터 그날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태(이하「뇌·내장손상」이라 합니다)에 해당되는 경우. 단, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우는 제외합니다.

   가. 뇌손상 : 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상([별표-상해관련1]뇌·내장손상 분류표참조)을 입고 그 치료를 목적으로 개두(開頭) 수술을 받은 경우

   나. 내장손상 : 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)의 기관에 기질적 손상([별표-상해관련1]뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고, 그 치료를 목적으로 개흉(開胸)수술 또는 개복(開腹) 수술을 받은 경우

<용어풀이>

[장해지급률]

질병이나 상해에 대하여 치유 후 남아있는 영구적인 장해에 의한 신체의 노동력 상실정도를 %로 나타낸 것을 말합니다.

② 제1항 제2호의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



③ 제1항에도 불구하고 회사는 다음의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 보험계약일부터 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 전일 이전에 「암」이 발생하고, 그 「암」이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되었을 때

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

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

④ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 이미 이 특별약관에서 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제5항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도,
  보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」, 「뇌졸중」, 「급성심근경색증」 중 하나를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제10조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

⑨ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제8항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

⑩ 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제4조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

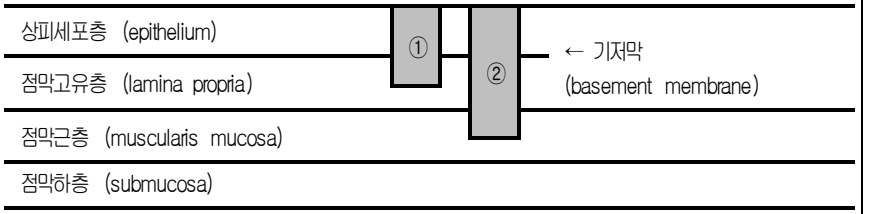
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상

선암」,「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을때 예시]

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

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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. . 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제5조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제6조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

제7조 (중대 화상·부식의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 보장하는「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 "9의 법칙(The Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)"에 의해 측정된 신체 표면적으로, 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다.

② 제1항에서 "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법과 같이 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.

③ 「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 뇌손상 또

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

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제1항 제5호 에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제6호의 경우 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 보통약관 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제10조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료 납입면제대상Ⅱ 보험금을 지급한 경우에 그 손해보장의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 단, 피보험자가 부활(효력회복)시 암(유사암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

제12조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제12조(환급금의 중도인출), 제13조(만기환급금의 지급)은 제외합니다.

독립 특별약관

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

1. 무배당
사망, 후유장해 및 장애 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서

1-1. 질병 관련 특별약관

1-1-3. 질병 사망(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 질병으로 사망한 경우 아래에 정한 금액을 질병 사망보험금(1년50%)(이하 「질병 사망보험금」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 사망시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 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.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 사망보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

1-1-5. 질병 후유장해(80%이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 장해분류표([별표2]장해분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 질병 후유장해(80%이상) 보험금(1년50%)(이하「질병 후유장해(80%이상) 보험금」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 80%이상 후유장해	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

<용어풀이>

[장해지급률]
질병이나 상해에 대하여 치유 후 남아있는 영구적인 장해에 의한 신체의 노동력 상실 정도를 %로 나타낸 것을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 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 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

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

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 질병 후유장해(80%이상) 보험금에서 이미 지급받은 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 질병 후유장해(80%이상) 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 질병 후유장해(80%이상) 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 질병 후유장해(80%이상) 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 질병 후유장해(80%이상) 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도, 보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병 후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

1-2. 상해 관련 특별약관

1-2-4. 상해 후유장해(80%이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표([별표2]장해분류표참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

<용어풀이>

[장해지급률]
질병이나 상해에 대하여 치유 후 남아있는 영구적인 장해에 의한 신체의 노동력 상실 정도를 %로 나타낸 것을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 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.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

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

⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 상해 후유장해(80%이상) 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 상해 후유장해(80%이상) 보험금에서 이미 지급받은 상해 후유장해(80%이상) 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 특별약관에서 상해 후유장해(80%이상) 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 상해 후유장해(80%이상) 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 상해 후유장해(80%이상) 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 상해 후유장해(80%이상) 보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도, 보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

제3조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해 후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더이상 효력이 없습니다.

1-2-5. 상해 후유장해(3~100%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해로 장해분류표([별표2]장해분류표참조. 이하 같습니다)에서 정한 3~100% 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액(이하「후유장해보험가입금액」이라 합니다)에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

<용어풀이>

[장해지급률]
질병이나 상해에 대하여 치유 후 남아있는 영구적인 장해에 의한 신체의 노동력 상실 정도를 %로 나타낸 것을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 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.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

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

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

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

<유의사항>

동일한 부위에 다른 원인으로 후유장해가 2회이상 발생한 경우
최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 아래 금액을 차감하여 지급합니다.
- 이전의 후유장해로 이미 지급받은 보험금이 있는 경우 그 보험금
- 이전의 후유장해가 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우라도, 보험금이 지급되었다면 이전의 후유장해에 해당하는 보험금

※ 보험금 지급사유에 해당되지 않은 경우란 장해의 원인이 보장개시 이전에 발생했거나 약관상 보험금을 지급하지 않는 사유에 해당하는 경우 등을 말합니다.

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

제3조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료

를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

3. 무배당
치매 및 장기요양 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

3-1. 상해 및 질병 관련 특별약관

3-1-1. 치매 진단비Ⅱ(경증이상:CDR 1점이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「경증이상 치매상태」로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 진단비Ⅱ(경증이상:CDR1점이상)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「경증이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 진단비Ⅱ(경증이상:CDR1점이상)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「경증이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험기간 중 제3조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 「치매」로 진단 확정되고 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 1점이상에 해당하는 상태가 발생했으나 「경증이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 끝났을 때에도, 그 상태가 90일 이상 계속되어 「경증이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 치매 진단비Ⅱ(경증이상:CDR1점이상)를 지급합니다.

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

제3조 (경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「경증이상 치매상태」라 함은 보험기간 중 보장개시일 이후에 「치매」로 진단확정 되고, 「경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항에서 정한 「치매」라 함은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

③ 제1항에서 정한 「경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)의 검사결과가 1점이상에 해당되는 상태로서 그 상태가 보장개시일 이후에 발생하고(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다), 그 상태가 발생한 시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경증이상 치매상태」로 진단확정될 수 있습니다.

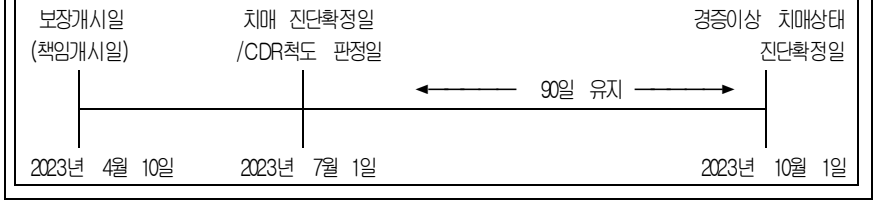
<용어풀이>

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)]

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

<예시안내>

[「경증이상 치매상태」에 대한 진단확정일 계산]



④ 제1항의 「경증이상 치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의의 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 「경증이상 치매상태」를 진단할 수 있습니다.「경증이상 치매상태」의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의「경증이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

⑤ 회사는 「경증이상 치매상태」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「경증이상 치매상태」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(경증이상 치매상태 진단서, CDR 검사결과지, 진료기록차트, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 1점이상에 해당하는 상태가 된 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(경증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 1점이상에 해당하는 상태가 된 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그

때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치매 진단비Ⅱ(경증이상:CDR1점이상)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제10조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제11조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제11조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-2. 치매 진단비Ⅱ(중등도이상:CDR 2점이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「중등도이상 치매상태」로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 진단비Ⅱ(중등도이상:CDR2점이상)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중등도이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 진단비Ⅱ(중등도이상:CDR2점이상)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중등도이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험기간 중 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 「치매」로 진단 확정되고 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 2점이상에 해당하는 상태가 발생했으나 「중등도이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 끝났을 때에도, 그 상태가 90일 이상 계속되어 「중등도이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 치매 진단비Ⅱ(중등도이상:CDR2점이상)를 지급합니다.

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

제3조 (중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중등도이상 치매상태」라 함은 보험기간 중 보장개시일 이후에 「치매」로 진단확정 되고, 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항에서 정한 「치매」라 함은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

③ 제1항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)의 검사결과가 2점이상에 해당되는 상태로서 그 상태가 보장개시일 이후에 발생하고(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다), 그 상태가 발생한 시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중등도이상 치매상태」로 진단확정될 수 있습니다.

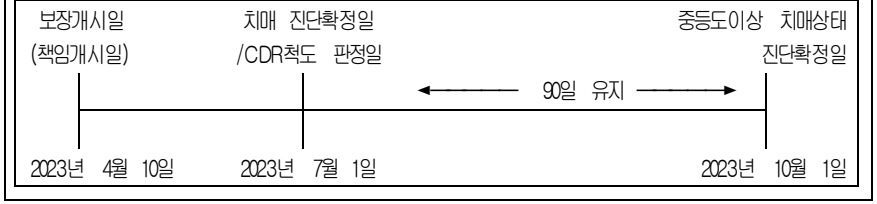
<용어풀이>

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)]

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

<예시안내>

[「중등도이상 치매상태」에 대한 진단확정일 계산]



④ 제1항의 「중등도이상 치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의의 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 「중등도이상 치매상태」를 진단할 수 있습니다.「중등도이상 치매상태」의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의「중등도이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

⑤ 회사는 「중등도이상 치매상태」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「중등도이상 치매상태」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(중등도이상 치매상태 진단서, CDR 검사결과지, 진료기록차트, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 2점이상에 해당하는 상태가 된 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 1점이상에 해당하는 상태가 된 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그

때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치매 진단비Ⅱ(중등도이상:CDR2점이상)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제10조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제11조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제11조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-3. 치매 진단비Ⅱ(중증이상:CDR 3점이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

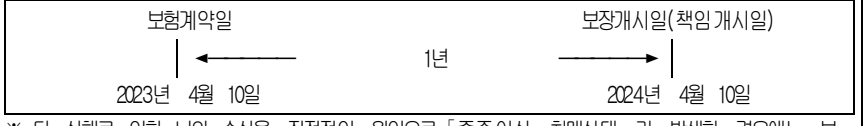
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「중증이상 치매상태」로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 진단비Ⅱ(중증이상:CDR3점이상)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중증이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 진단비Ⅱ(중증이상:CDR3점이상)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중증이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험기간 중 제3조(중증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 「치매」로 진단 확정되고 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 3점이상에 해당하는 상태가 발생했으나 「중증이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 끝났을 때에도, 그 상태가 90일 이상 계속되어 「중증이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 치매 진단비Ⅱ(중증이상:CDR3점이상)를 지급합니다.

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

제3조 (중증이상 치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증이상 치매상태」라 함은 보험기간 중 보장개시일 이후에 「치매」로 진단확정 되고, 「중증이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항에서 정한 「치매」라 함은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

③ 제1항에서 정한 「중증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)의 검사결과가 3점이상에 해당되는 상태로서 그 상태가 보장개시일 이후에 발생하고(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다), 그 상태가 발생한 시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증이상 치매상태」로 진단확정될 수 있습니다.

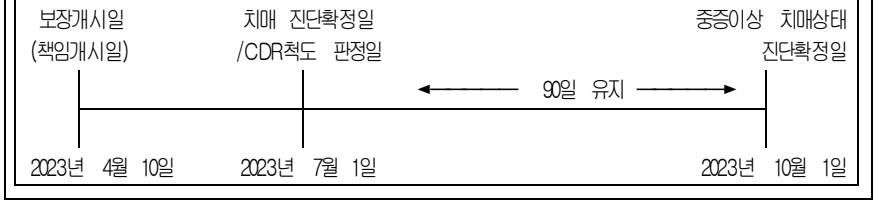
<용어풀이>

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)]

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

<예시안내>

[「중증이상 치매상태」에 대한 진단확정일 계산]



④ 제1항의 「중증이상 치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의의 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 「중증이상 치매상태」를 진단할 수 있습니다.「중증이상 치매상태」의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의「중증이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

⑤ 회사는 「중증이상 치매상태」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「중증이상 치매상태」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(중증이상 치매상태 진단서, CDR 검사결과지, 진료기록차트, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(중증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 3점이상에 해당하는 상태가 된 경우. 다만, 제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(중증이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 3점이상에 해당하는 상태가 된 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그

때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치매 진단비Ⅱ(중증이상:CDR3점이상)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제10조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제11조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제11조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-4. 중증치매 산정특례 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

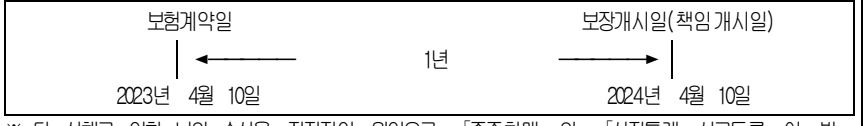
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 상해 또는 질병으로 인하여 「중증치매」로 진단 확정되고, 그 「중증치매」를 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」한 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중증치매 산정특례 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중증치매」의 「산정특례 신규등록」이 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「중증치매」의 「산정특례 신규등록」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중증치매」의 「산정특례 신규등록」이 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」([별표-질병관련30]본인일부부담금 산정특례에 관한 기준참조)의 개정으로 「중증치매」 및 「산정특례 신규등록」 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「중증치매」 및 「산정특례 신규등록」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「중증치매」의 「산정특례 신규등록」이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매 산정특례 진단비를 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조 (중증치매의 정의)

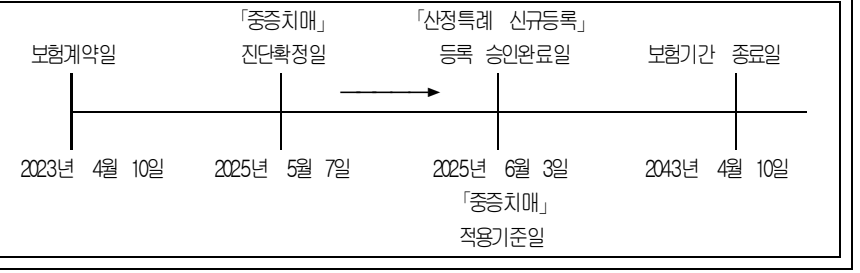
① 이 특별약관에서 「중증치매」라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조에서 정한 질병 중 [별표-상해및질병관련11]중증치매 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 제4조(산정특례 신규등록)의 「산정특례 신규등록」이 승인된 시점의 기준(이하 적용기준일이라 합니다)을 적용합니다.

<예시안내>

[「중증치매」의 적용기준일]



④ 제3항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제5항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려드립니다.

1. 이 특별약관에서 정한 「중증치매」의 판단이 불가능한 경우

2. 제4조(산정특례 신규등록)의 「산정특례 신규등록」이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

⑤ 회사는 제4항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑧ 제4항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑨ 제4항 내지 제8항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조 (산정특례 신규등록)

제1조(보험금의 지급사유)에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민보험공단 또는 요양기관에 제출하여 승인된 상태를 말합니다. 다만, 신청구분이 '재등록'인 경우는 제외합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 건강보험(중증치매) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「중증치매」의 「산정특례 신규등록」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중증치매의 정의) 제1항에서 정한「중증치매」로 진단 확정된 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「중증치매」의 「산정특례 신규등록」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중증치매의 정의) 제1항에서 정한「중증치매」로 진단 확정된 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매 산정특례 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제10조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제11조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제11조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-5. 치매 CDR척도검사 지원비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(「치매 CDR 척도검사(급여)」의 정의)에서 정한 「치매 CDR 척도검사(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 CDR척도검사 지원비(급여, 연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「치매 CDR 척도검사(급여)」를 받은 후 치매로 진단확정 되지 않은 경우에는 해당 검사에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 이미 치매 진단확정이 된 이후에 「치매 CDR 척도검사(급여)」를 받은 경우에는 보험금을 지급합니다.

③ 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「치매 CDR 척도검사(급여)」를 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 CDR척도검사 지원비(급여, 연간1회한)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」의 진단 및 치료를 위해 「치매CDR척도검사(급여)」를 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (치매의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 한국표준질병·사인분류 중 [별표-상해및질병관련12]치매 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「치매」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

③ 회사는 「치매」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「치매」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (「치매 CDR 척도검사(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서 「치매 CDR 척도검사(급여)」라 함은 [별표-상해및질병관련16]치매 CDR 척도검사(급여) 분류표에서 정한 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「치매 CDR 척도검사(급여)」가 「국민건강보험법」,「의료급여법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다. 다만, 법령의 개정에 따라 「치매 CDR 척도검사(급여)」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 법령의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 법령에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에

는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「치매 CDR 척도검사(급여)」는 법령에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

<용어풀이>

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)]

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 「치매 CDR 척도검사(급여)」목적이 기재된 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 치매 CDR척도검사 지원비(급여)(연간1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(「치매 CDR 척도검사(급여)」의 정의)에서 정한 「치매 CDR 척도검사(급여)」를 받은 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(「치매 CDR 척도검사(급여)」의 정의)에서 정한 「치매 CDR 척도검사(급여)」를 받은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제11조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제12조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제14조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제14조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-6. 치매 직접치료 통원일당(1일1회한,연간12회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「치매」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 직접치료 통원일당(1일 1회한, 연간12회 한도)(이하 「치매 직접치료 통원일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정 된 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 직접치료 통원일당」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로「치매」로 진단확정되고 그 「치매」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

③ 제1항의 치매 직접치료 통원일당은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회 통원으로 보아 지급하며, 연간 12회 한도로 지급합니다.

④ 제3항의「연간」이란, 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (치매의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 한국표준질병·사인분류 중 [별표-상해및질병관련 12]치매 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「치매」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

③ 회사는 「치매」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「치매」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (치매의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「치매」의 직접적인 치료라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.

② 제1항의「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제5조 (통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자에게 「치매」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 그 직접적인 치료를 목적으로 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 치매 직접치료 통원일당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단받은 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「치매」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단 받은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제10조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제11조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제12조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인의 변경지정)
① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)
① 지정대리청구인은 제14조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제10조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제14조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)
지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

3-1-7. 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1일1회한,연간12회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「치매」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1일 1회한, 연간12회 한도)(이하 「치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정 된 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정되고 그 「치매」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

③ 제1항의 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 12회 한도로 지급합니다.

④ 제3항의 「연간」이란, 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (치매의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 한국표준질병·사인분류 중 [별표-상해및질병관련 12]치매 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「치매」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

③ 회사는 「치매」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「치매」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (치매의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「치매」의 직접적인 치료라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조

(보험금의 지급사유) 제1항의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.

② 제1항의「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제6조 (통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자에게 「치매」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 상급종합병원에 입원하지 않고 그 치료를 목적으로 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 치매 직접치료 통원일당(상급종합병원) 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단받은 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「치매」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단 받은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제12조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제13조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제14조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제15조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제15조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-8. 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)(1일1회한,연간12회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「치매」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)(1일 1회한, 연간12회 한도)(이하 「치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정 된 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로「치매」로 진단확정되고 그 「치매」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

③ 제1항의 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 12회 한도로 지급합니다.

④ 제3항의「연간」이란, 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (치매의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 한국표준질병·사인분류 중 [별표-상해및질병관련 12]치매 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「치매」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

③ 회사는 「치매」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「치매」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (치매의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「치매」의 직접적인 치료라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시

행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.

② 제1항의「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제5조 (종합병원의 정의)

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

제6조 (통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자에게 「치매」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 종합병원에 입원하지 않고 그 치료를 목적으로 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 치매 직접치료 통원일당(종합병원이상) 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단받은 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「치매」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단 받은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제12조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제13조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제14조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제15조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제15조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-9. 특정 치매 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「급여 특정치매치료제」를 처방 받은 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 특정 치매치료비(급여)(연간1회한)(이하 「치매 치료비」이라 합니다)으로 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「급여 특정치매치료제」를 처방 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「특정 치매치료비(급여)(연간1회한)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로「급여 특정치매치료제」를 처방 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

③ 제1항의 치매 치료비는 「급여 특정치매치료제」의 종류와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

④ 제1항 및 제3항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 「급여 특정치매치료제」를 처방받은 날로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (급여 특정치매치료제의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 특정치매치료제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호'119(기타의 중추신경용약)'(예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우'기타의 중추신경용약'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 식품의약품안전처에서 허가된 '효능·효과'항목에 치매의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다. 다만, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.

② 제1항의 「급여 특정치매치료제」는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 처방한 약제로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우를 말합니다.

③ 제1항에도 불구하고, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

<유의사항>

[급여 특정치매치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

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

- 도네페질(Donepezil)
- 리바스티그민(rivastigmine)
- 갈란타민(galantamine)
- 메만틴(memantine)

※ 상기 치매치료제 해당 성분명은 2024년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

※ 상기 성분명에 해당하는 의약품이라 하더라도 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급

여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우에만 「급여 특정치매치료제」로 인정합니다.

<유의사항>
[식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」 확인 방법]
식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 특정 치매치료비(급여)(연간1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 치매약물치료증명서(의약품 분류번호'119(기타의 중추신경용약)' 처방여부 및 의약품명이 기재된 서류(진단서, 의사소견서 또는 의사처방전(처방조제비))등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (급여 특정치매치료제의 정의)에서 정한 「급여 특정치매치료제」를 처방 받은 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「치매」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조 (급여 특정치매치료제의 정의)에서 정한 「급여 특정치매치료제」를 처방 받은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보

험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (지정대리청구 적용대상)
지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제10조 (지정대리청구인의 지정)
① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제11조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제11조 (지정대리청구인의 변경지정)
① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)
① 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)
지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

3-1-10. 치매 MRI·PET·CT 검사비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원이나 의원의 의료법 제5조(의사, 치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사(치과의사는 제외합니다) 또는 한의사 면허를 가진 자(이하, 의사라 합니다)에 의하여 제3조(치매의 정의)에서 정한 「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(「급여 MRI, PET, CT 검사」의 정의)에서 정한 「급여 MRI, PET, CT 검사」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 치매 MRI·PET·CT 검사비(급여)(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 인한 치매	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
상해로 인한 치매	이 특별약관 보험가입금액의 100%	

② 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (치매의 정의)

① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 한국표준질병·사인분류 중 [별표-상해및질병관련12]치매 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 회사는 「치매」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「치매」의 진단 및 치료를 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (「급여 MRI, PET, CT 검사」의 정의)

① 이 특별약관에서 「급여 MRI, PET, CT 검사」라 함은 [별표-상해및질병관련15]급여 MRI, PET, CT 검사 분류표에서 정한 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「급여 MRI, PET, CT 검사」가 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다. 다만, 법령의 개정에 따라 「급여 MRI, PET, CT 검사」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 법령의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 법령에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「급여 MRI, PET, CT 검사」는 법령에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 「급여 MRI, PET, CT 검사」 목적이 기재된 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 치매 MRI·PET·CT 검사비(급여)(연간1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제9조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제10조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제8조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제10조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제11조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제12조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제8조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제12조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

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

3-1-11. 치매 전문재활치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

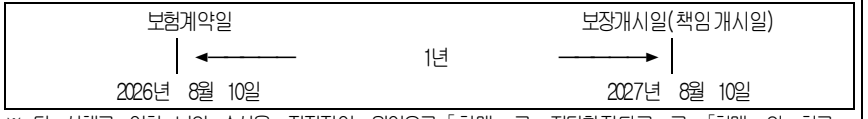
① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「치매」(으)로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 병원 또는 의원에 입원 중에 「치매전문재활치료(급여)」(이하 「입원 치매전문재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「치매전문재활치료(급여)」(이하 「통원 치매전문재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 전문재활 치료비(급여)(1일1회한, 연간10회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급 한도		지급금액
입원 치매전문재활치료(급여)	1일 1회한	연간 10회한	이 특별약관 보험가입금액의 100%
통원 치매전문재활치료(급여)	1일 1회한		

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정 된 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「입원 치매전문재활치료(급여)」 또는 「통원 치매전문재활치료(급여)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정되고 그 「치매」의 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

③ 제1항의 치매전문재활치료비(급여)는 연간 발생한 「입원 치매전문재활치료(급여)」와 「통원 치매전문재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 10회 한도로 지급합니다.

④ 제3항의 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 「치매전문재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제5조(치매전문재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 치매전문재활치료(급여)를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (치매의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 한국표준질병·사인분류 중 [별표-상해및질병관련 12]치매 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「치매」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

③ 회사는 「치매」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「치매」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (치매전문재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「치매전문재활치료(급여)」라 함은 [별표-상해및질병관련13] 치매전문재활치료(급여) 분류표에서 정한 치매전문재활치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항의 「치매전문재활치료(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여. 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「치매전문재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로

진단받은 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「치매」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단 받은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제12조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제13조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제14조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제15조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제15조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

3-1-12. 치매 정신요법치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「치매」(으)로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 병원 또는 의원에 입원 중에 「치매정신요법치료(급여)」(이하 「입원 치매정신요법치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「치매정신요법치료(급여)」(이하 「통원 치매정신요법치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 정신요법 치료비(급여)(1일1회한, 연간10회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급 한도		지급금액
입원 치매정신요법치료(급여)	1일 1회한	연간 10회한	이 특별약관 보험가입금액의 100%
통원 치매정신요법치료(급여)	1일 1회한		

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정 된 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「입원 치매정신요법치료(급여)」 또는 「통원 치매정신요법치료(급여)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「치매」로 진단확정되고 그 「치매」의 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

③ 제1항의 치매정신요법치료비(급여)는 연간 발생한 「입원 치매정신요법치료(급여)」와 「통원 치매정신요법치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 10회 한도로 지급합니다.

④ 제3항의 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 「치매정신요법치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제5조(치매정신요법치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 치매정신요법치료(급여)를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (치매의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 한국표준질병·사인분류 중 [별표-상해및질병관련 12]치매 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「치매」의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

③ 회사는 「치매」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「치매」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (치매정신요법치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「치매정신요법치료(급여)」라 함은 [별표-상해및질병관련14]치매정신요법치료(급여) 분류표에서 정한 치매정신요법치료(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말합니다.

② 제1항의「치매정신요법치료(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의「치매정신요법치료(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로

진단받은 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「치매」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(치매의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」로 진단 받은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제11조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제12조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제13조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제14조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제15조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제11조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제15조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

4. 무배당
암 진단 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

4-1. 질병 관련 특별약관

4-1-2. 암 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

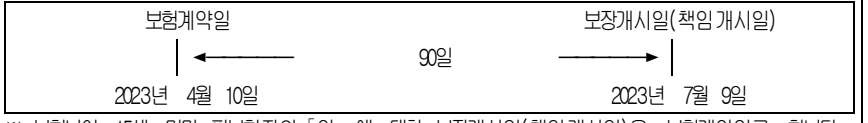
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비(유사암 제외)(1년 50%)(이하 「암 진단비(유사암 제외)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 진단시 (유사암 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

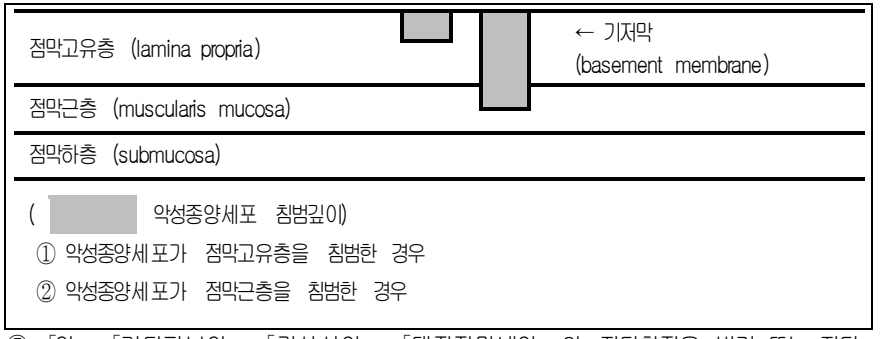
③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]

상피세포층 (epithelium)	①		②	



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비(유사암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

4-1-3. 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

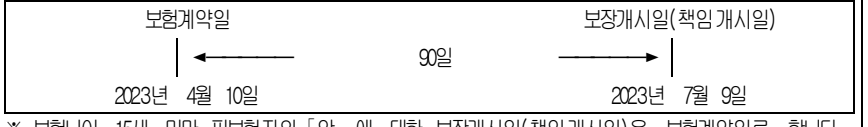
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「특정소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

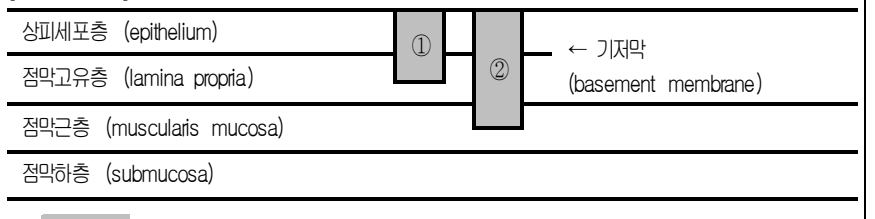
대상이 되는 질병	분류번호
(1) 유방의 악성신생물(암)	C50
(2) 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
(3) 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
(4) 전립선의 악성신생물(암)	C61
(5) 방광의 악성신생물(암)	C67

③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 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>



(악성종양세포 침범깊이)
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑥ 「암」,「특정소액암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「특정소액암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

4-1-4. 유사암 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는 「유사암」 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 진단비(1년50%)(이하 「유사암 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 대장점막내암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

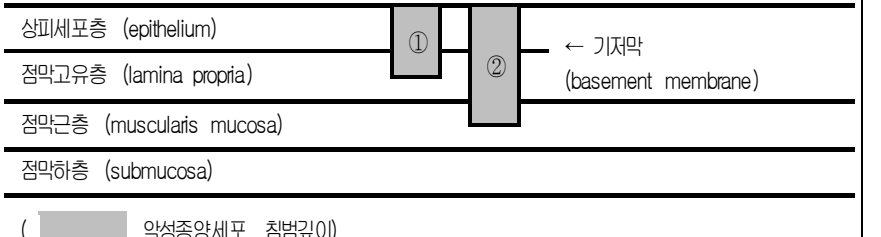
① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보

고 시점으로 합니다.

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

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」,「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암 진단비를 각 1회씩 총 5회 지급받은 경우 최종 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

4-1-5. 유사암(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

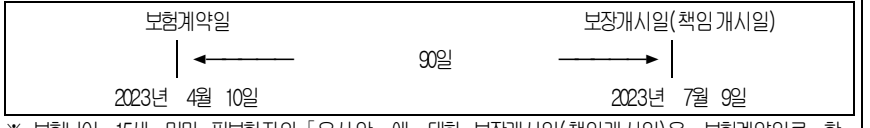
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는 「유사암」 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「유사암(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
유사암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

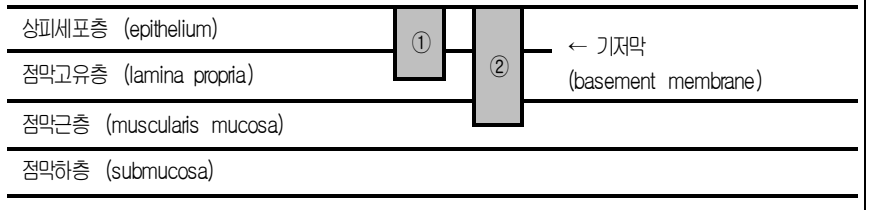
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

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

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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>



(악성종양세포 침범깊이)
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

④ 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」,「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항

2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 유사암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 유사암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 유사암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한 유사암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암(90일면책) 진단비를 각 1회씩 총 5회 지급받은 경우 최종 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

4-1-7. 10대 주요암 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「10대 주요암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 10대 주요암 진단비(1년50%)(이하 「10대 주요암 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
10대 주요암 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「10대 주요암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (10대 주요암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「10대 주요암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「식도의 악성신생물」, 「간 및 간내 담관의 악성신생물」, 「담낭의 악성신생물」, 「담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물」, 「췌장의 악성신생물」, 「기관의 악성신생물」, 「기관지 및 폐의 악성신생물」, 「골 및 관절연골의 악성신생물」, 「뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물」, 「림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물」([별표-질병관련6]10대 주요암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「10대 주요암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「10대 주요암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「10대 주요암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「10대 주요암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대 주요암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

4-1-9. 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

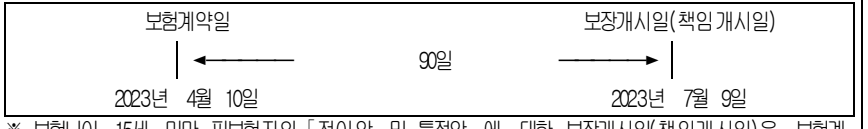
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「전이암 및 특정암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암 및 특정암 진단비(1년50%)(이하 「전이암 및 특정암 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
전이암 및 특정암 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「전이암 및 특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 「최초암 보장개시일」로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「전이암 및 특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암 및 특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「전이암 및 특정암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (전이암 및 특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암 및 특정암」이라 함은 다음 각 호에서 정한 질병 중 어느 하나에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

1. 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판'에서 정한 TNM 병기 분류 상 "T(Primary Tumor) 4" 또는 "N(Regional lymph nodes)" 1이상(단, N1mi를 포함하여 보장합니다)" 또는 "M(Distant metastasis) 1"에 해당하는 경우
2. 한국표준질병·사인분류 중 「이차성 악성신생물」([별표-질병관련38]이차성 악성신생물 분류표 참조)에서 정한 질병
3. 한국표준질병·사인분류 중 「특정 악성신생물」([별표-질병관련39]특정 악성신생물 분류표 참조)에서 정한 질병

② 제1항 제1호의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 「전이암 및 특정암」의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 「전이암 및 특정암」의 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 「전이암 및 특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암 및 특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 암 병기가 명기된 서류(TNM해부병기확인서류 등) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 무효)

①다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효)
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 전이암 및 특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암 및 특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 전이암 및 특정암으로 진단확정되는 경우 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암 및 특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암 및 특정암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

4-1-11. 특정유사암(4기) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정유사암(4기)」으로 진단 확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정유사암(4기) 진단비(1년50%)(이하 「특정유사암(4기) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정유사암(4기) 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「특정유사암(4기)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인 된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정유사암(4기)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정유사암(4기)」이라 함은 제2항과 제3항에 따라 「특정유사암」이면서 「4기암」에 해당되는 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「특정유사암」이라 함은 아래의 악성신생물(암)으로 분류되는 질병을 말하며, 질병분류기준은 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상이 되는 질병	분류번호
(1) 기타 피부의 악성신생물(암)	C44
(2) 갑상선의 악성신생물(암)	C73

③ 이 특별약관에서 「4기암」이라 함은 아래에 해당하는 경우를 말합니다.

1. AJCC(American Joint Committee on Cancer) 제 8판 TNM 병기분류상 「Stage4」에 해당하는 경우
2. 상기 기준이외의 의학계에서 일반적으로 인정되는 병기분류방법으로 객관적인 병리학적 혹은 임상학적 의료기록 등에 근거하여 TNM 병기분류상 「Stage4」에 준하는 단계라고 진단받은 경우
3. 「4기암」을 진단함에 있어서 임상학적 병기분류 및 조직학적 병기분류 등을 종합적으로 고려하여 「4기암」여부를 판단합니다. 다만, 조직학적 병기분류가 불가능한 경우에는 임상학적 병기분류만으로 「4기암」을 판단할 수 있습니다.
4. 제1호 및 제2호의 병기분류가 증상별 병기 판단기준 개정 등의 사유로 변경된 경우에는 변경된 병기분류에 따라 적용합니다.
5. 제4호에도 불구하고 의학의 발전, 관련 학술기구·국제기구의 변경(해체 포함), 법령의 변경 등으로 병기분류체계가 변경되어 제1호 및 제2호의 병기분류를 지속적으로 적용하기 어려운 경우에는 회사가 새로운 병기분류체계에서 이 특별약관의 「4기암」에 해당하는 병기 혹은 그 판단기준(이하 「변경된 판단기준」이라 합니다)을 정합니다.
6. 제5호에 따라 「4기암」의 「변경된 판단기준」을 실시하고자 하는 경우에는 그 변경내용에 대하여 변경적용일 30일 이전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여야 합니다. 다만, 안내한 날로부터 30일이 지나는 동안 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 변경적용일로부터 「변경된 판단기준」이 적용되는 것으로 합니다.
7. 계약자가 「4기암」의 「변경된 판단기준」에 따르는 것을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 해당 보장은

더 이상 효력이 없습니다.

④ 「특정유사암(4기)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정유사암(4기)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 조직병리검사결과지, CT, MRI, PET CT 검사결과지, 제3조(특정유사암(4기)의 정의 및 진단확정)에서 인정되는 해당 질병을 판단할 수 있는 서류 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정유사암(4기) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

4-1-16. 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 10개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

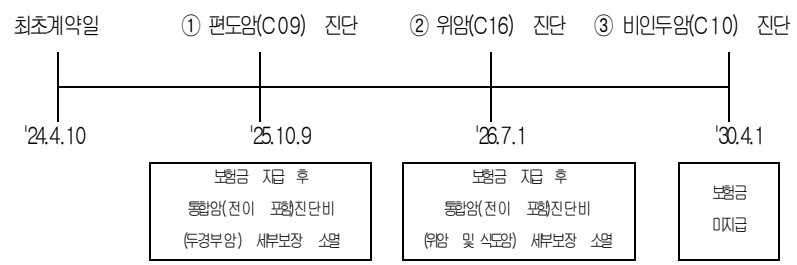
- 통합암(전이 포함)진단비(두경부암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)(1년50%)
- (남성의 경우) 통합암(전이 포함)진단비(남성생식기암)(1년50%)
- (여성의 경우) 통합암(전이 포함)진단비(여성생식기암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(뇌암 및 중추신경계통암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(혈액암)(1년50%)

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」으로 진단확정되었을 때에는 암구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%)(이하 「통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

암구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
통합암(전이 포함)진단비(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
남성의 경우 / 통합암(전이 포함)진단비(남성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
여성의 경우 / 통합암(전이 포함)진단비(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(뇌암 및 중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(혈액암)(1년50%)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

[보험금 지급 예시1] (동일 암구분의 원발암 진단시)

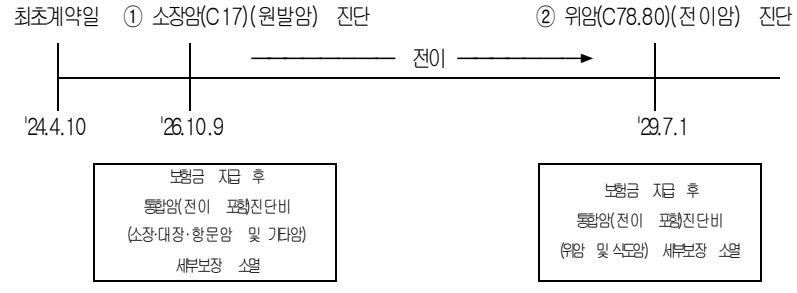


① '25.10.9 진단확정된 편도암(C09)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(두경부암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.7.1 진단확정된 위암(C16)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '30.4.1 진단확정된 비인두암(C10)의 경우, 이미 '24.10.9 통합암(전이 포함)진단비(두경부암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

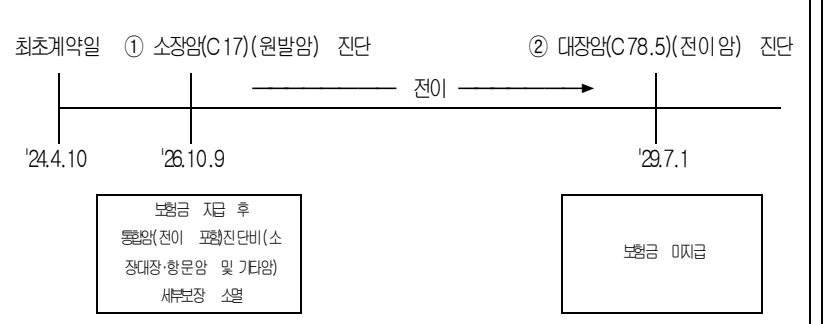
[보험금 지급 예시2] (원발암과 다른 암구분의 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '29.7.1 진단확정된 위암(C78.80)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

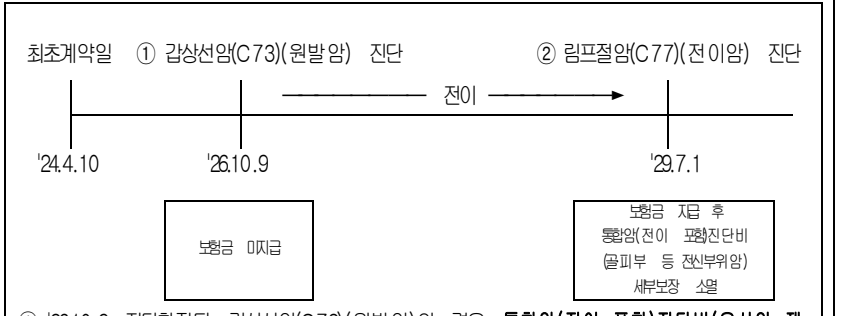
[보험금 지급 예시3] (원발암과 동일 암구분의 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '29.7.1 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우, 이미 '26.10.9 통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

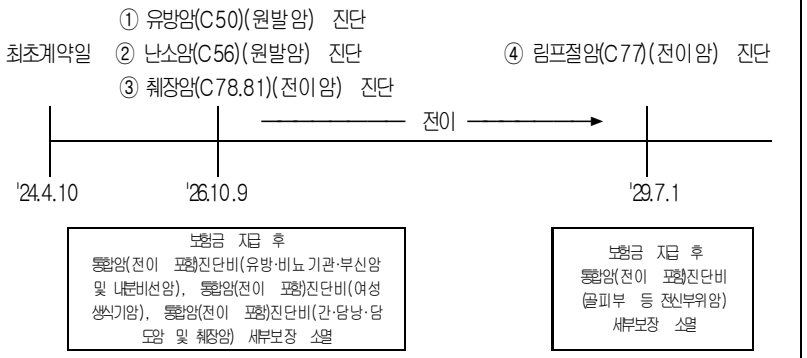
[보험금 지급 예시4] (유사암 원발암 진단이후 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(유사암 제외) 특별약관의 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급**

② '29.7.1 진단확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

[보험금 지급 예시5] (원발암과 전이암 동시진단 및 이후 전이암 추가 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.10.9 진단확정된 난소암(C56)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(여성생식기암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

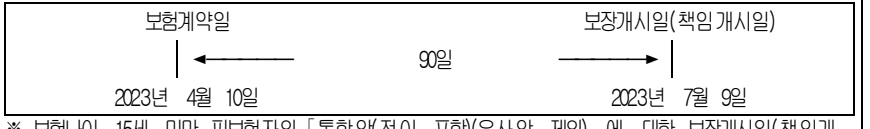
③ '26.10.9 진단확정된 췌장암(C78.81)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

④ '29.7.1 진단확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② 제1항의 경우 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

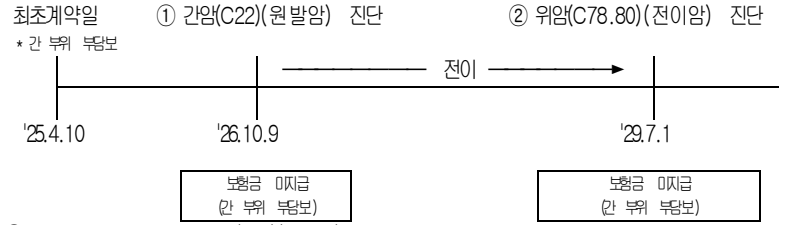


※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 4-2-2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관에 따른 「회사가 보험금을 지급하지 않는 기간」동안 4-2-2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 「특정신체부위」에서 발생한 암이 「특정신체부위」이외로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다. 다만, 「특정신체부위」이외에서 발생한 암이 「특정신체부위」로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

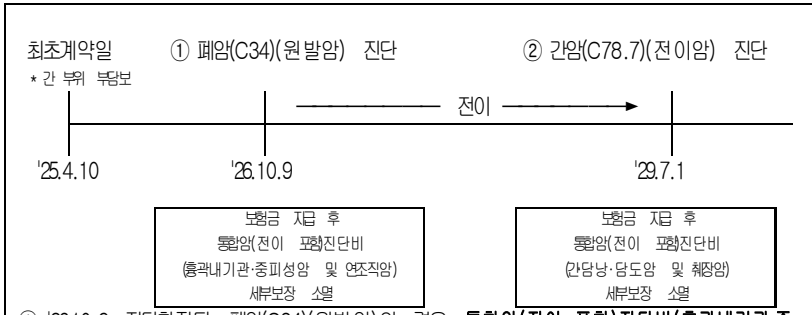
[보험금 지급 예시6] (특정신체부위에서 발생한 원발암의 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 간암(C22)(원발암)의 경우, **4-2-2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 보험금 미지급**

② '29.7.1 진단확정된 위암(C78.80)(전이암)이 **①항의 간암(C22)(원발암)에서 전이된 경우,** 4-2-2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 **보험금 미지급**

[보험금 지급 예시7] (특정신체부위 이외에서 발생한 원발암에 의한 특정신체부위 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 폐암(C34)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '29.7.1 진단확정된 간암(C78.7)(전이암)이 **①항의 폐암(C34)(원발암)에서 전이된 경우, 4-2-2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에도 불구하고** 통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%를 **보험금으로 지급** 후 해당 세부보장은 **소멸**

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조 (통합암(전이 포함)(유사암 제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」이라 함은 「통합암(전이 포함)(두경부암)」, 「통합암(전이 포함)(위암 및 식도암)」, 「통합암(전이 포함)(소장·대장·항문암 및 기타암)」, 「통합암(전이 포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암)」, 「통합암(전이 포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)」, 「통합암(전이 포함)(골·피부 등 전신부위암)」, 「통합암(전이 포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)」, 「통합암(전이 포함)(뇌암 및 중추신경계통암)」, 「통합암(전이 포함)(혈액암)」 및 남성의 경우 「통합암(전이 포함)(남성생식기암)」, 여성의 경우 「통합암(전이 포함)(여성생식기암)」을 총칭합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 제1항의 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련43]통합암(전이 포함)(유사암 제외) 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제5조(특별약관의 무효)에서 「암(유사암 제외)」이라 함은 아래 제4항의 「암」에서 제5항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)에 해당하는 경우이거나 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

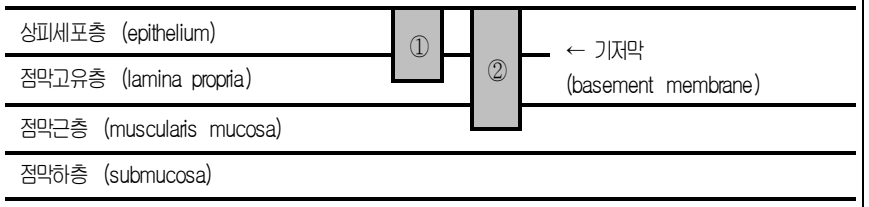
1. 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는

질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제5항 제3호에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

5. 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

<예시안내>

[대장점막내암]



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑥ 제4항의 「암」중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에는 적용하지 않습니다.

<유의사항>(제4항의 「암」에 한하여 적용)

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

⑦ 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」,「암」 및 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」, 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(통합암(전이 포함)(유사암 제외)의 정의 및 진단확정) 제3항의 「암(유사암 제외)」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 통합암(전이 포함)(유사암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(통합암(전이 포함)(유사암 제외)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 통합암(전이 포함)(유사암 제외)로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)의 각 세부보장별 암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 세부보장별 암 진단비를 각 1회씩 총 10회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제 30 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제 2 조(보험금의 지급사유) 제 2 항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15 세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

4-1-17. 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

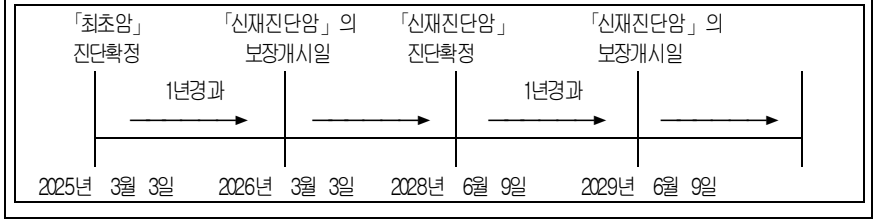
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 「신재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 신재진단암(「기타피부암」 및 「갑상선암」 포함)(이하 「신재진단암」이라 합니다)으로 진단 확정된 경우에는 5회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기, 5회한)(이하 「신재진단암 진단비」라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「신재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째 「신재진단암」: 제3항에서 정한 「최초암 보장개시일」 이후 최초로 발생한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」(이하 「최초암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후 「신재진단암」: 직전 「신재진단암」 진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

<예시안내>

[「신재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



③ 제2항 제1호에서 「최초암 보장개시일」이라 함은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 「최초암 보장개시일」로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「최초암」 보장개시일에 대한 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「최초암」 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「신재진단암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만,제10조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (신재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「신재진단암」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「신재진단암」에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의「암」, 「기타피부암」 및「갑상선암」을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 제1항 제1호의 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「최초암」 또는 「신재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호의 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호의 「재발암」이란 「최초암」또는 「신재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성 (Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「최초암」또는 「신재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「최초암」 또는 「신재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호의 「잔여암」이란 「「최초암 보장개시일」이후 발생한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

⑥ 「신재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

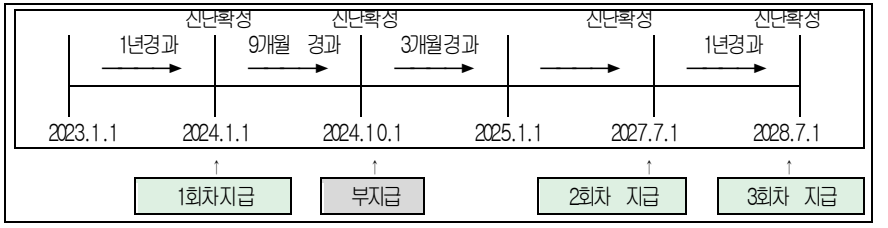
⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「신재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

<예시안내>

[「신재진단암」보장 예시1 : 새로운 원발암, 전이암, 재발암]

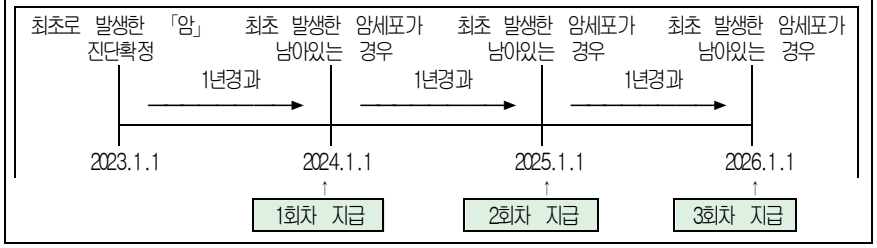
새로운 원발암, 전이암, 재발암으로 진단확정되었을 경우(「기타피부암」 및 「갑상선암」포함)

최초「암」 진단확정	두번째 발생한「암」	세번째 발생한「암」	네번째 발생한 「기타피부암」	다섯번째 발생한 「갑상선암」



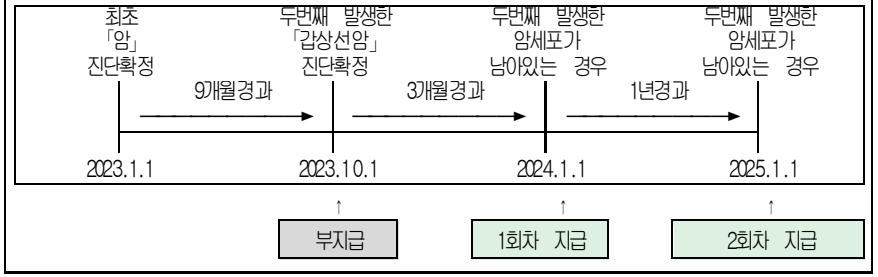
[「신재진단암」보장 예시2 : 잔여암]

최초로 발생한「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우



[「신재진단암」보장 예시3 : 잔여암]

보장개시일 이후 발생한「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우



제5조 (항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

<용어풀이>

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「최초암」의 진단확정일 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 「신재진단암」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년 내에 제4조(신재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항내지 제3항에서 정한 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

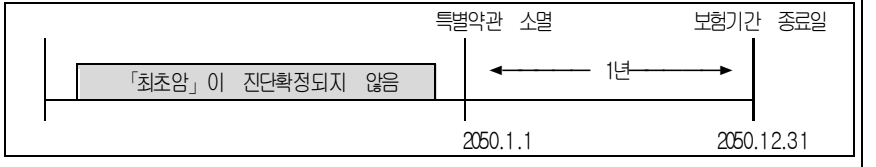
① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

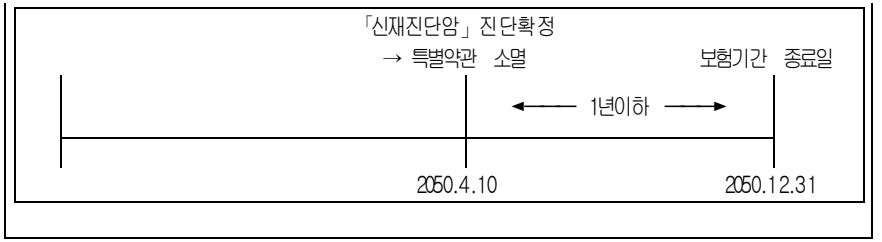
1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우
2. 「신재진단암」으로 진단확정되어 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함)진단비(1년주기, 5회한)가 5회차 미만으로 지급된 경우, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 해당 「신재진단암」의 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

<예시안내>

1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우



2 「신재진단암」으로 진단확정되어 신재진단암 진단비가 5회차 미만으로 지급된 경우, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 해당「신재진단암」의 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우



③ 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기, 5회한)의 5회차 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관 의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복) 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「보험계약일」로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제3항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」또는「신재진단암」으로 진단확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

5. [갱신형] 무배당 암 진단 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

5-1. 질병 관련 특별약관

5-1-2. [갱신형] 암 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

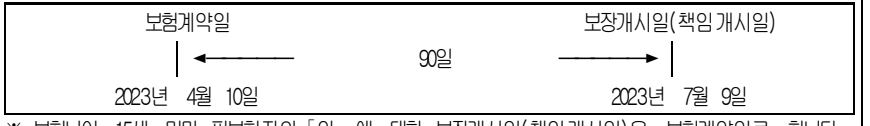
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 진단비(유사암 제외)(1년 50%)(이하 「암 진단비(유사암 제외)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암 진단시 (유사암 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

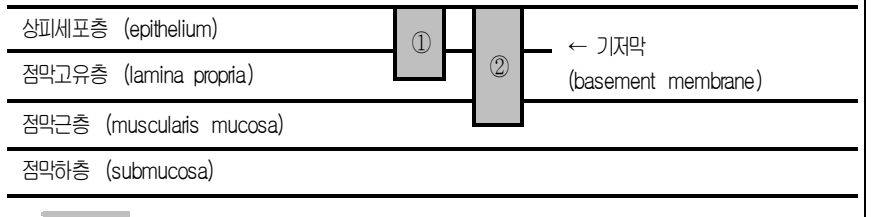
① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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>



(악성종양세포 침범깊이)
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비(유사암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일

로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

5-1-3. [갱신형] 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

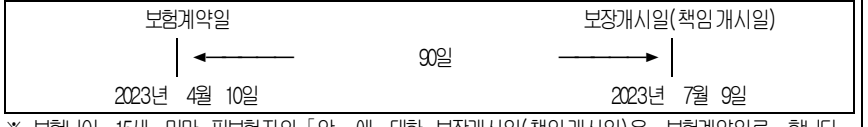
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「특정소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
(1) 유방의 악성신생물(암)	C50
(2) 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
(3) 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
(4) 전립선의 악성신생물(암)	C61
(5) 방광의 악성신생물(암)	C67

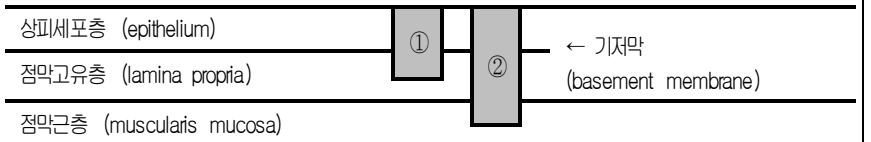
③ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 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

⑥ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

5-1-4. [갱신형] 유사암 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되었을 때에는 「유사암」 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 진단비(1년50%)(이하 「유사암 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
기타피부암 진단시 갑상선암 진단시 대장점막내암 진단시 제자리암 진단시 경계성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

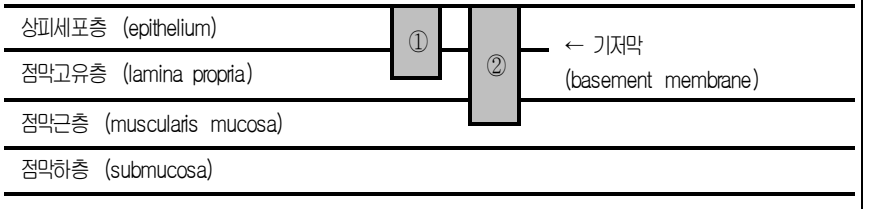
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

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

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소

견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」,「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」및 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암 진단비를 각 1회씩 총 5회 지급받은 경우 최종 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

5-1-9. [갱신형] 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

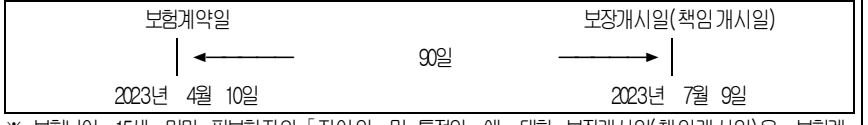
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「전이암 및 특정암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암 및 특정암 진단비(1년50%)(이하 「전이암 및 특정암 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
전이암 및 특정암 진단비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「전이암 및 특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「전이암 및 특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암 및 특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「전이암 및 특정암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (전이암 및 특정암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암 및 특정암」이라 함은 다음 각 호에서 정한 질병 중 어느 하나에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

1. 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판'에서 정한 TNM 병기 분류 상 "T(Primary Tumor) 4" 또는 "N(Regional lymph nodes)" 1이상(단, N1mi를 포함하여 보장합니다)" 또는 "M(Distant metastasis) 1"에 해당하는 경우
2. 한국표준질병·사인분류 중 「이차성 악성신생물」([별표-질병관련38] 이차성 악성신생물 분류표 참조)에서 정한 질병
3. 한국표준질병·사인분류 중 「특정 악성신생물」([별표-질병관련39] 특정 악성신생물 분류표 참조)에서 정한 질병

② 제1항 제1호의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 「전이암 및 특정암」의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 「전이암

및 특정암」의 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 「전이암 및 특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암 및 특정암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 암 병기가 명기된 서류(TNM해부병기확인서류 등) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 무효)

①다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효)
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 전이암 및 특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암 및 특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 전이암 및 특정암으로 진단확정되는 경우
   다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암 및 특정암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 [갱신형]전이암 및 특정암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

5-1-19. [갱신형] 중증질환(신규암) 산정특례 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

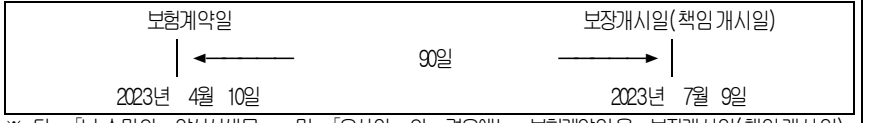
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」, 「뇌·수막의 양성신생물」, 「유사암」 또는 「특정소액암」으로 진단 확정되고, 그 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」, 「뇌·수막의 양성신생물」, 「유사암」 또는 「특정소액암」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규암 등록」이 된 경우 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환(신규암) 산정특례 진단비(1년50%)(이하 「중증질환(신규암) 산정특례 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)로부터 가입후 1년 미만	가입후 1년이상	
중증질환(신규암(유사암)) 산정특례 진단비(A)	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 20%
중증질환(신규암(특정소액암)) 산정특례 진단비(B)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
중증질환(신규암(뇌·수막의 양성신생물)) 산정특례 진단비(C)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
중증질환(신규암) 산정특례 진단비((A),(B),(C)제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」 및 「특정소액암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「뇌·수막의 양성신생물」 및 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」 및 「특정소액암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 「뇌·수막의 양성신생물」 및 「유사암」의 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」 및 「특정소액암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례

에 관한 기준」([별표-질병관련30]본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 참조)의 개정으로 「중증질환자(암) 산정특례대상」 및 「산정특례 신규암 등록」의 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」 및 「산정특례 신규암 등록」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(암) 산정특례대상」 의 「산정특례 신규암 등록」이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(신규암) 산정특례 진단비를 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조 (중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 [별표-질병관련40]중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「 중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」이라 함은 [별표-질병관련40]중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표에서 정한 질병중 제3항에서 정한 「뇌·수막의 양성신생물」, 제4항에서 정한 「특정소액암」, 제5항에서 정한「유사암」을 제외한 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「뇌·수막의 양성신생물」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33

④ 이 특별약관에서 「특정소액암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 유방의 악성신생물(암)	C50
2. 자궁경부의 악성신생물(암)	C53
3. 자궁체부의 악성신생물(암)	C54
4. 전립선의 악성신생물(암)	C61
5. 방광의 악성신생물(암)	C67

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 제6항에서 정한「기타피부암」, 제7항에서 정한「갑상선암」, 제8항에서 정한「대장점막내암」, 제9항에서 정한「제자리암」, 제10항에서 정한「경계성종양」을 총칭합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑧ 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.

⑨ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제8항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 [별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑪ 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」, 「특정소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」, 「특정소액암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」, 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은

원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

⑬ 「뇌·수막의 양성신생물」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영성(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌·수막의 양성신생물」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(산정특례 신규암 등록)

① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「산정특례 신규암 등록」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제7조에 의해 신청구분이 '신규암'인 건강보험 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 [별표-질병관련41]중증질환자(암) 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 제1항의 「산정특례 신규암 등록」이 승인된 시점의 기준(이하 적용기준일이라 합니다)을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 이 특별약관에서 정한 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」의 판단이 불가능한 경우
2. 제1항의 「산정특례 신규암 등록」이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」 및 「특정소액암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」 및 제3조(중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「특정소액암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」 및 「특정소액암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외)) 산정특례대상질환」 및 제3조(중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 「특정소액암」으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물, 유사암 및 특정소액암 제외) 산정특례대상질환」, 「뇌·수막의 양성신생물」, 「특정소액암」, 「유사암」으로 각각 진단받아 중증질환(신규암) 산정특례 진단비를 각 1회씩 총 4회 지급받은 경우 최종 손해 보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

5-1-21. [갱신형] 중증질환(중복암 및 재등록암) 산정특례 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「중증질환(중복암) 산정특례대상 진단비(1년50%)」, 「중증질환(재등록암) 산정특례대상 진단비」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」으로 진단 확정되고, 그 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」을 직접적인 원인으로 「산정특례 중복암 등록」이 된 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환(중복암) 산정특례 진단비(1년50%)(이하 「중증질환(중복암) 산정특례 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
「중증질환자(암) 산정특례대상질환」으로 「산정특례 중복암 등록」이 된 경우	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

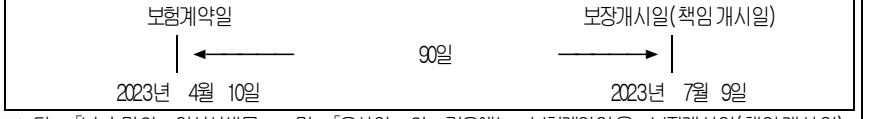
② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」으로 진단 확정되고, 그 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」을 직접적인 원인으로 「산정특례 재등록암 등록」이 된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 중증질환(재등록암) 산정특례진단비(이하 「중증질환(재등록암) 산정특례 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항 및 제2항의 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」은 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」, 「뇌·수막의 양성신생물」 및 「유사암」을 말합니다.

④ 제1항의 경우 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「뇌·수막의 양성신생물」 및 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 「뇌·수막의 양성신생물」 및 「유사암」의 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제2항의 경우 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 5년이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「중증질환자(암) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」([별표-질병관련30]본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 참조)의 개정으로 「중증질환자(암) 산정특례대상」, 「산정특례 중복암 등록」 및 「산정특례 재등록암 등록」의 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」, 「산정특례 중복암 등록」 및 「산정특례 재등록암 등록」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(암) 산정특례대상」 의 「산정특례 중복암 등록」 및 「산정특례 재등록암 등록」이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(중복암) 산정특례 진단비 및 중증질환(재등록암) 산정특례 진단비를 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제4조 (중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 [별표-질병관련40]중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」이라 함은 [별표-질병관련40]중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표에서 정한 질병 중 제3항에서 정한 「뇌·수막의 양성신생물」 및 제4항에서 정한「유사암」을 제외한 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「뇌·수막의 양성신생물」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33

④ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 제5항에서 정한「기타피부암」, 제7항에서 정한「갑상선암」, 제8항에서 정한「대장점막내암」, 제9항에서 정한「제자리암」, 제10항에서 정한「경계성종양」을 총칭합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 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.

⑧ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제6항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병 [별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑩「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」 및 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑪ 제10항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

⑫ 「뇌·수막의 양성신생물」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영성(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「뇌·수막의 양성신생물」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조 (산정특례 중복암 등록)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 「산정특례 중복암 등록」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제7조에 의해 신청구분이 '중복암'인 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 [별표-질병관련41]중증질환자(암) 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 제1항의 「산정특례 중복암 등록」이 승인된 시점의 기준(이하 적용기준일이라 합니다)을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 이 특별약관에서 정한 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」의 판단이 불가능한 경우
2. 제1항의 「산정특례 중복암 등록」이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(산정특례 재등록암 등록)

① 제2조(보험금의 지급사유)에서 「산정특례 재등록암 등록」이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제7조에 의해 신청구분이 '재등록암'인 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 [별표-질병관련41]중증질환자(암) 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 제1항의 「산정특례 재등록암 등록」이 승인된 시점의 기준(이하 적용기준일이라 합니다)을 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 이 특별약관에서 정한 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」의 판단이 불가능한 경우
2. 제1항의 「산정특례 재등록암 등록」이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(특별약관의 소멸) 제1항 및 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (특별약관의 무효)

① 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」에서 중복암에 해당하는 질병으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 중증질환(중복암) 산정특례 진단비 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「중증질환자(암(뇌·수막의 양성신생물 및 유사암 제외)) 산정특례대상질환」으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(중증질

환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「중증질환자(암) 산정특례대상질환」에서 재등록암에 해당하는 질병으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 중증질환(재등록암) 산정특례 진단비 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「중증질환자(암) 산정특례대상질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(중증질환자(암) 산정특례대상질환의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「중증질환자(암) 산정특례대상질환」으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

④ 제2항 및 제3항에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(중복암) 산정특례 진단비 또는 중증질환(재등록암) 산정특례 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 중증질환(중복암) 산정특례 진단비 및 중증질환(재등록암) 산정특례 진단비를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 갱신종료 나이까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 5년이 되는 날까지「중증질환자(암) 산정특례대상질환」으로 진단 확정되지 않은 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 제2조(보험금의 지급사유)의 제2항「중증질환(재등록암) 산정특례대상 진단비」세부보장에 대한 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제4항 및 제5항을 적용합니다. 다만, 「중증질환(중복암) 산정특례대상 진단비」의 경우 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

5-1-23. [갱신형] 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 10개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

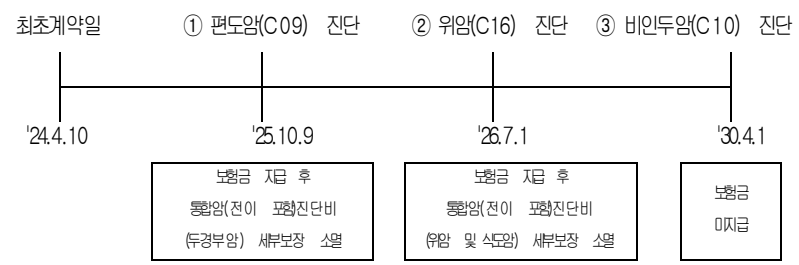
- 통합암(전이 포함)진단비(두경부암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)(1년50%)
- (남성의 경우) 통합암(전이 포함)진단비(남성생식기암)(1년50%)
- (여성의 경우) 통합암(전이 포함)진단비(여성생식기암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(뇌암 및 중추신경계통암)(1년50%)
- 통합암(전이 포함)진단비(혈액암)(1년50%)

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」으로 진단확정되었을 때에는 암구분에 따라 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%)(이하 「통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

암구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
통합암(전이 포함)진단비(두경부암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
남성의 경우 / 통합암(전이 포함)진단비(남성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
여성의 경우 / 통합암(전이 포함)진단비(여성생식기암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(뇌암 및 중추신경계통암)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합암(전이 포함)진단비(혈액암)(1년50%)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

[보험금 지급 예시1] (동일 암구분의 원발암 진단시)

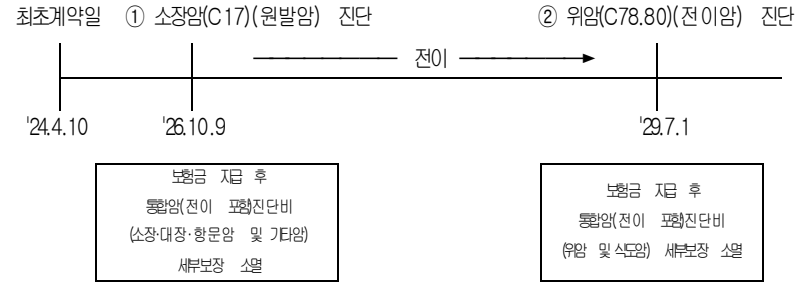


① '25.10.9 진단확정된 편도암(C09)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(두경부암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.7.1 진단확정된 위암(C16)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

③ '30.4.1 진단확정된 비인두암(C10)의 경우, 이미 '24.10.9 통합암(전이 포함)진단비(두경부암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

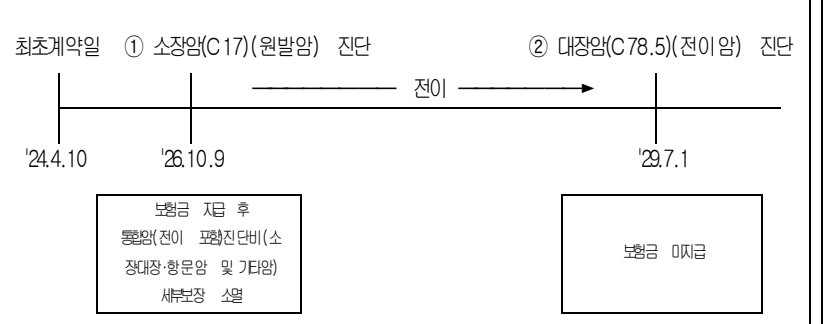
[보험금 지급 예시2] (원발암과 다른 암구분의 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '29.7.1 진단확정된 위암(C78.80)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(위암 및 식도암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

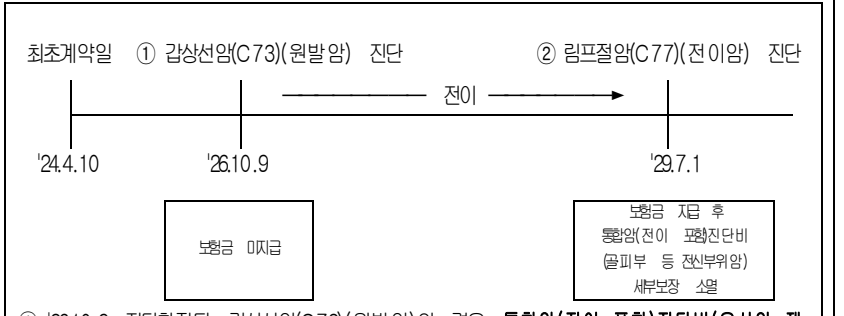
[보험금 지급 예시3] (원발암과 동일 암구분의 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 소장암(C17)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '29.7.1 진단확정된 대장암(C78.5)(전이암)의 경우, 이미 '26.10.9 통합암(전이 포함)진단비(소장·대장·항문암 및 기타암) 세부보장이 소멸되었으므로 **보험금 미지급**

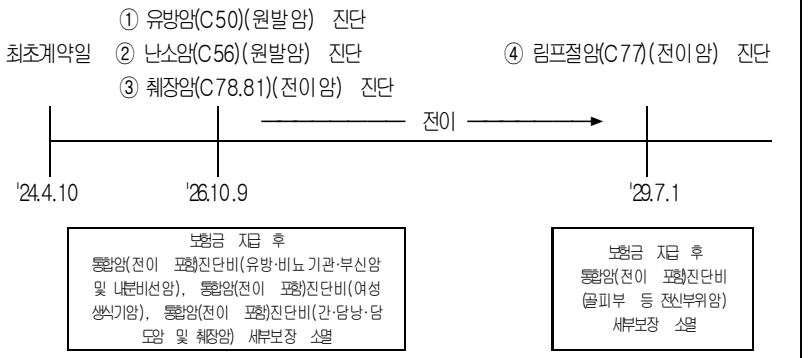
[보험금 지급 예시4] (유사암 원발암 진단이후 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 갑상선암(C73)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(유사암 제외) 특별약관의 보험금 지급사유에 해당되지 않아 보험금 미지급**

② '29.7.1 진단확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

[보험금 지급 예시5] (원발암과 전이암 동시진단 및 이후 전이암 추가 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 유방암(C50)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '26.10.9 진단확정된 난소암(C56)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(여성생식기암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

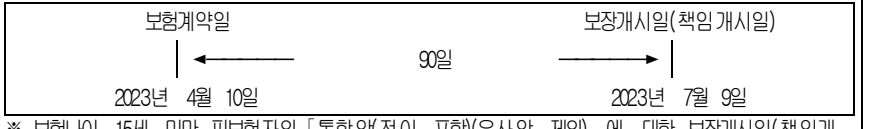
③ '26.10.9 진단확정된 췌장암(C78.81)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

④ '29.7.1 진단확정된 림프절암(C77)(전이암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(골·피부 등 전신부위암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② 제1항의 경우 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

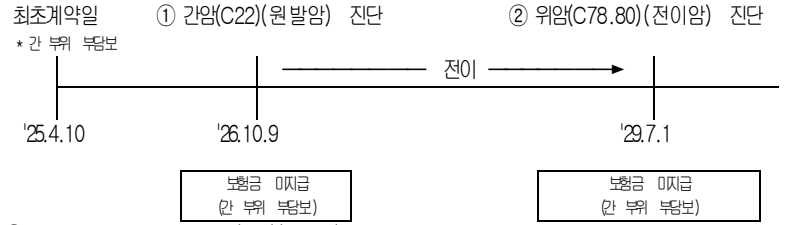


※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관의 피보험자가 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 5-2-3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관에 따른 「회사가 보험금을 지급하지 않는 기간」동안 5-2-3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 「특정신체부위」에서 발생한 암이 「특정신체부위」이외로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드리지 않습니다. 다만, 「특정신체부위」이외에서 발생한 암이 「특정신체부위」로 전이된 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

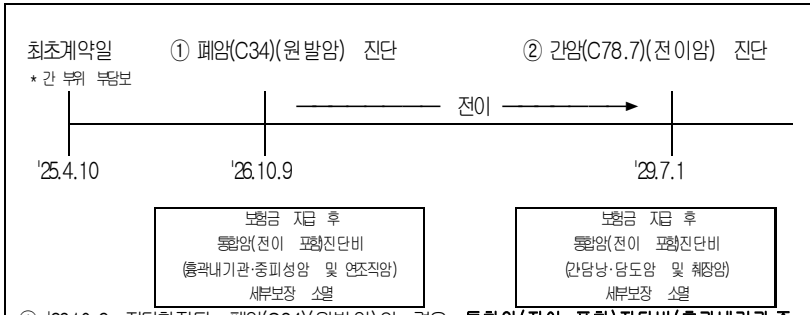
[보험금 지급 예시6] (특정신체부위에서 발생한 원발암의 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 간암(C22)(원발암)의 경우, **5-2-3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 보험금 미지급**

② '29.7.1 진단확정된 위암(C78.80)(전이암)이 **①항의 간암(C22)(원발암)에서 전이된 경우,** 5-2-3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에 따라 **보험금 미지급**

[보험금 지급 예시7] (특정신체부위 이외에서 발생한 원발암에 의한 특정신체부위 전이암 진단시)



① '26.10.9 진단확정된 폐암(C34)(원발암)의 경우, **통합암(전이 포함)진단비(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암) 세부보장 보험가입금액의 100%**를 보험금으로 지급 후 해당 세부보장은 **소멸**

② '29.7.1 진단확정된 간암(C78.7)(전이암)이 **①항의 폐암(C34)(원발암)에서 전이된 경우, 5-2-3. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에도 불구하고** 통합암(전이 포함)진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암) 세부보장 보험가입금액의 100%를 **보험금으로 지급** 후 해당 세부보장은 **소멸**

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제4조 (통합암(전이 포함)(유사암 제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」이라 함은 「통합암(전이 포함)(두경부암)」, 「통합암(전이 포함)(위암 및 식도암)」, 「통합암(전이 포함)(소장·대장·항문암 및 기타암)」, 「통합암(전이 포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암)」, 「통합암(전이 포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)」, 「통합암(전이 포함)(골·피부 등 전신부위암)」, 「통합암(전이 포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)」, 「통합암(전이 포함)(뇌암 및 중추신경계통암)」, 「통합암(전이 포함)(혈액암)」 및 남성의 경우 「통합암(전이 포함)(남성생식기암)」, 여성의 경우 「통합암(전이 포함)(여성생식기암)」을 총칭합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 제1항의 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련43]통합암(전이 포함)(유사암 제외) 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 제5조(특별약관의 무효)에서 「암(유사암 제외)」이라 함은 아래 제4항의 「암」에서 제5항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77-C80)에 해당하는 경우이거나 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「유사암」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

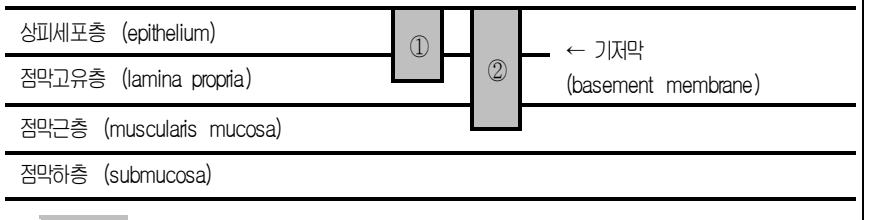
1. 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
2. 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. 「대장점막내암」이라 함은 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.
4. 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는

질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제5항 제3호에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

5. 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

<예시안내>

[대장점막내암]



(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑥ 제4항의 「암」중 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하지만, 제1항의 통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에는 적용하지 않습니다.

<유의사항>(제4항의 「암」에 한하여 적용)

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

⑦ 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」,「암」 및 「유사암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」, 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「통합암(전이 포함)(유사암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(통합암(전이 포함)(유사암 제외)의 정의 및 진단확정) 제3항의 「암(유사암 제외)」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 통합암(전이 포함)(유사암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(통합암(전이 포함)(유사암 제외)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 통합암(전이 포함)(유사암 제외)로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.
② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)
① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)의 각 세부보장별 암 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 회사가 제1항에 따라 세부보장별 암 진단비를 각 1회씩 총 10회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))
부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)
이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

5-1-27. [갱신형] 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

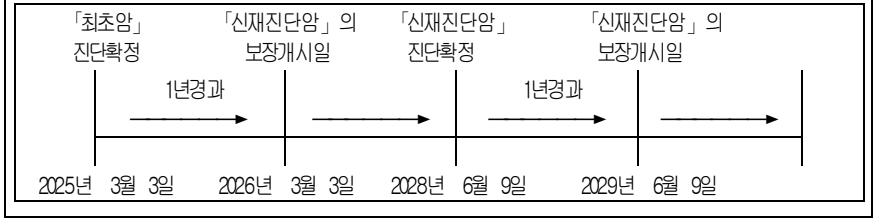
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한「신재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 신재진단암(「기타피부암」및「갑상선암」포함)(이하 「신재진단암」이라 합니다)으로 진단 확정된 경우에는 5회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기, 5회한)(이하 「신재진단암 진단비」라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우「신재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 다음 각 호를 따릅니다.

1. 첫 번째「신재진단암」: 제3항에서 정한 「최초암 보장개시일」 이후 최초로 발생한 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」(이하 「최초암」이라 합니다) 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날
2. 두 번째 이후「신재진단암」: 직전「신재진단암」진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다)이 지난 날의 다음날

<예시안내>

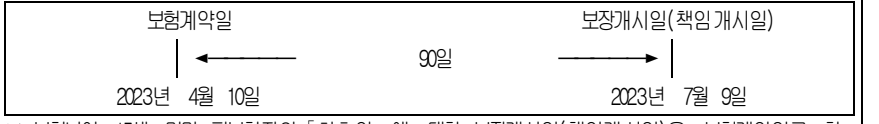
[「신재진단암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



③ 제2항 제1호에서「최초암 보장개시일」이라 함은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 「최초암 보장개시일」로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「최초암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「최초암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제3항에도 불구하고 갱신전 계약의 보험기간 중「최초암」으로 진단확정되지 않은 경우 갱신계약의 「최초암 보장개시일」은 이 특별약관의 갱신일로 합니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복) 되는 경우에는 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)) 제2항을 따릅니다.

⑤ 제1항의 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기, 5회한) 보험금 지급횟수는 최초 계약일을 시작 시점으로 하여, 첫번째 「신재진단암」 보장개시일 이후 발생한 보험금 지급사유에 따라 보험금 지급횟수를 적용합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에「신재진단암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만,제10조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결

정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조 (신재진단암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「신재진단암」이라 함은 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「신재진단암」에 대한 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 말합니다.

1. 새로운 원발암
2. 전이암
3. 재발암
4. 잔여암

② 제1항 제1호의 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「최초암」 또는 「신재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.

③ 제1항 제2호의 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 말합니다.

④ 제1항 제3호의 「재발암」이란 「최초암」또는 「신재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성 (Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「최초암」또는 「신재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「최초암」 또는 「신재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 말합니다.

⑤ 제1항 제4호의 「잔여암」이란 「「최초암 보장개시일」이후 발생한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.

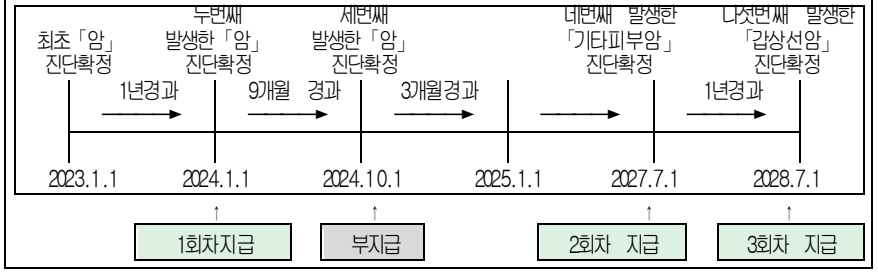
⑥ 「신재진단암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑦ 제6항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「신재진단암」으로 진단 또는 치료(암의 직접적인 치료를 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적 암치료)는 제외합니다.

<예시안내>

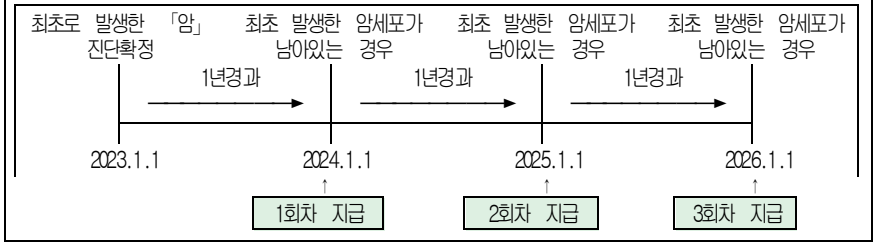
[「신재진단암」보장 예시1 : 새로운 원발암, 전이암, 재발암]

새로운 원발암, 전이암, 재발암으로 진단확정되었을 경우(「기타피부암」 및 「갑상선암」포함)



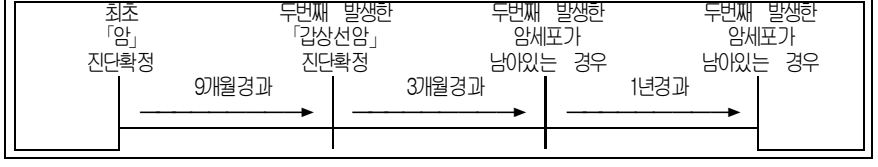
[「신재진단암」보장 예시2 : 잔여암]

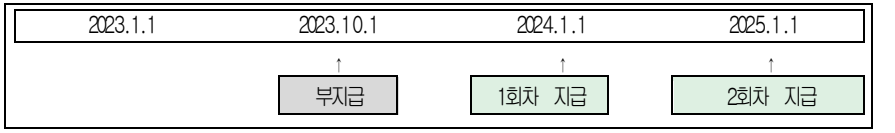
최초로 발생한「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우



[「신재진단암」보장 예시3 : 잔여암]

보장개시일 이후 발생한「암」,「기타피부암」 및 「갑상선암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우





제5조 (항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

조치

3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는「최초암」의 진단확정일 또는 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 「신재진단암」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다) 내에 제4조(신재진단암의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호의 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 조직검사결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한「최초암 보장개시일」 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항내지 제3항에서 정한 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 피보험자가 보험기간 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우
2. 「신재진단암」으로 진단확정되어 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함)진단비(1년주기, 5회한)가 5회차 미만으로 지급된 경우, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 해당 「신재진단암」의 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우

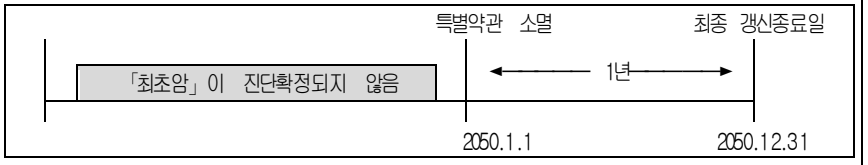
<용어풀이>

[최종 갱신종료일]

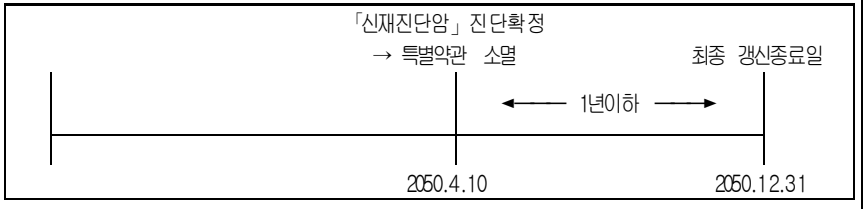
이 특별약관이 더이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 보험나이 100세 계약해당일을 말합니다.

<예시안내>

1. 「최초암」이 진단확정되지 않고, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우



2. 「신재진단암」으로 진단확정되어 신재진단암 진단비가 5회차 미만으로 지급된 경우, 최종 갱신종료일까지의 잔여 보험기간이 해당「신재진단암」의 진단확정일을 포함하여 1년 이하인 경우



③ 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기, 5회한)의 5회차 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관 의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복) 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 「보험계약일」로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 및 제3항을 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 「최초암」또는「신재진단암」으로 진단확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 직전 암의 진단확정일로 보아 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

6. 무배당
2대질병 진단 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

6-1. 질병 관련 특별약관

6-1-1. 뇌졸중 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중 진단비(1년50%)(이하 「뇌졸중 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌졸중」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

6-1-2. 뇌졸중(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「뇌졸중」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「뇌졸중(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「뇌졸중」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「뇌졸중」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌졸중」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를

반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌졸중에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌졸중으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌졸중에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌졸중으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를을 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중(90일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

6-1-4. 급성심근경색증 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「급성심근경색증」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 진단비(1년50%)(이하 「급성심근경색증 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

6-1-6. 급성심근경색증(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「급성심근경색증」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「급성심근경색증(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「급성심근경색증」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「급성심근경색증」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

제4조 (특별약관의 무효)

①다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효)
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 급성심근경색증에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 급성심근경색증에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증(90일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

6-1-7. 두 번째 급성심근경색증 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「두 번째 급성심근경색증」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 두 번째 급성심근경색증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「두 번째 급성심근경색증」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 최초로 발생한 급성심근경색증(이하 「첫 번째 급성심근경색증」이라 합니다)의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

<예시안내>

[「두 번째 급성심근경색증」에 대한 보장개시일 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 「두 번째 급성심근경색증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「첫 번째 급성심근경색증」이라 함은 피보험자가 보험기간 중에 최초로 진단확정된 급성심근경색증을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「두 번째 급성심근경색증」이라 함은 「첫 번째 급성심근경색증」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 후 새롭게 발생한 급성심근경색증을 말합니다.

④ 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「첫 번째 급성심근경색증」의 진단확정일부터 1년 내에 제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「급성심근경색증」으로 진단확정된 경우에는 두 번째 급성심근경색증 진단비를 지급하지 않습니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 관상동맥(심장동맥)촬영술결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 두 번째 급성심근경색증 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

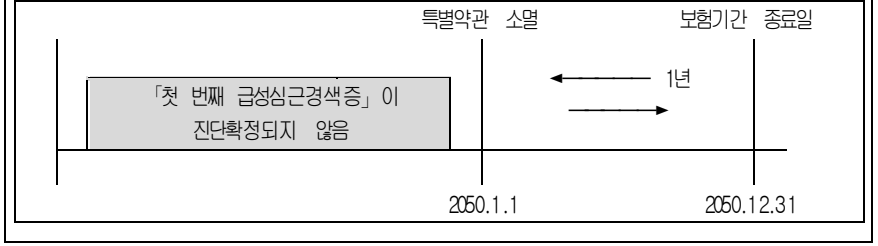
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 아래에 해당하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

1. 「첫 번째 급성심근경색증」이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우

<예시안내>

「첫 번째 급성심근경색증」이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우



제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복) 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에「첫 번째 급성심근경색증」으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에「첫 번째 급성심근경색증」으로 진단확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을「첫 번째 급성심근경색증」의 진단확정일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6-1-9. 뇌출혈 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌출혈」로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈 진단비(1년50%)(이하 「뇌출혈 진단비(1년50%)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌출혈 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인 된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하 여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련7]뇌출혈 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

6-1-11. 뇌출혈(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「뇌출혈」로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌출혈(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「뇌출혈(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌출혈 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「뇌출혈」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「뇌출혈」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련7]뇌출혈 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하

여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효)
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌출혈에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 뇌출혈으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌출혈에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 뇌출혈으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈(90일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

6-1-12. 두 번째 뇌출혈 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「두 번째 뇌출혈」로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 두 번째 뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「두 번째 뇌출혈」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 최초로 발생한 뇌출혈(이하 「첫 번째 뇌출혈」이라 합니다)의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

<예시안내>

[「두 번째 뇌출혈」에 대한 보장개시일 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 「두 번째 뇌출혈」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련7]뇌출혈 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「첫 번째 뇌출혈」이라 함은 피보험자가 보험기간 중에 최초로 진단확정된 뇌출혈을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「두 번째 뇌출혈」이라 함은 「첫 번째 뇌출혈」의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 후 새롭게 발생한 뇌출혈을 말합니다.

④ 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 「첫 번째 뇌출혈」의 진단확정일부터 1년 내에 제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「뇌출혈」로 진단확정된 경우에는 두 번째 뇌출혈 진단비를 지급하지 않습니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 뇌혈관조영술결과지, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 두 번째 뇌출혈 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

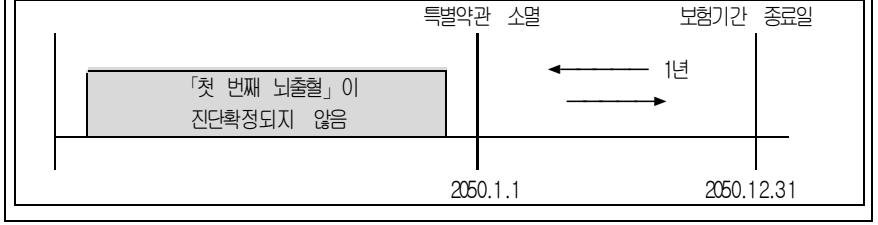
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 아래에 해당하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해당시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

1. 「첫 번째 뇌출혈」이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우

<예시안내>

「첫 번째 뇌출혈」이 진단확정되지 않고, 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간이 그 날을 포함하여 1년인 경우



제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복) 하는 경우에는 다음 각 호를 적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에「첫 번째 뇌출혈」로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에「첫 번째 뇌출혈」로 진단확정된 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을「첫 번째 뇌출혈」의 진단확정일로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

6-1-13. 뇌혈관질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환 진단비(1년50%)(이하 「뇌혈관질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌혈관질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌혈관질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 진단비를 지급한 때에는 그 손

해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

6-1-14. 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

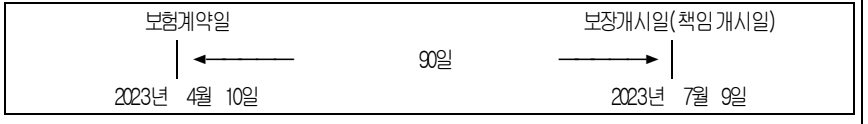
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「뇌혈관질환(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌혈관질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「뇌혈관질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「뇌혈관질환」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌혈관질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효)
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관질환에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관질환에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환(90일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

6-1-15. 허혈성심장질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환 진단비(1년50%)(이하 「허혈성심장질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
허혈성심장질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「허혈성심장질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에

서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

6-1-16. 허혈성심장질환(90일면책)진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「허혈성심장질환(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
허혈성심장질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「허혈성심장질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「허혈성심장질환」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「허혈성심장질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이

아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효)
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 허혈성심장질환에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 허혈성심장질환에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환(90일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

6-1-20. 기타 심장부정맥 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「부정맥(I49)」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기타 심장부정맥 진단비(1년50%)(이하 「기타 심장부정맥 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
부정맥(I49) 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「부정맥(I49)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (부정맥(I49)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「부정맥(I49)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련53] 부정맥(I49) 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 부정맥(I49)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 부정맥(I49)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 부정맥(I49)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 부정맥(I49)의 진단확정은 [별표-질병관련53] 부정맥(I49) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 부정맥(I49)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련53] 부정맥(I49) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타 심장부정맥 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

6-1-22. 특정3대심장질환진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정3대심장질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정3대심장질환 진단비(1년50%)(이하 「특정3대심장질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정3대심장질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「특정3대심장질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정3대심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정3대심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련54]특정3대심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정3대심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정3대심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정3대심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정3대심장질환의 진단확정은 [별표-질병관련54]특정3대심장질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정3대심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련54]특정3대심장질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정3대심장질환 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

6-1-24. 특정순환계질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환 진단비(1년50%)(이하 「특정순환계질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정순환계질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「특정순환계질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정순환계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지, 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

7. [갱신형] 무배당 2대질병 진단 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

7-1. 질병 관련 특별약관

7-1-11. [갱신형] 뇌혈관질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환 진단비(1년50%)(이하 「뇌혈관질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
뇌혈관질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌혈관질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

7-1-12. [갱신형] 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

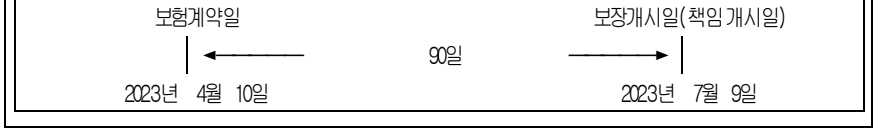
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「뇌혈관질환(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
뇌혈관질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「뇌혈관질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「뇌혈관질환」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「뇌혈관질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

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

제3조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 뇌혈관 자기공명 촬영 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관질환에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관질환에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환(90일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

7-1-13. [갱신형] 허혈성심장질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환 진단비(1년50%)(이하 「허혈성심장질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
허혈성심장질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「허혈성심장질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과

보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

7-1-14. [갱신형] 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%)(이하 「허혈성심장질환(90일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
허혈성심장질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「허혈성심장질환」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「허혈성심장질환」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「허혈성심장질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

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

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

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서,진료비계산서, 사망진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조

제비) 및 CT, MRI, 경흉부 초음파 검사결과지 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 허혈성심장질환 에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 허혈성심장질환에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환(90일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

7-2. 상해 및 질병 관련 특별약관

7-2-1. [갱신형] 중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 발생한 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병으로 인한 경우

분	최초계약			갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상		
(뇌혈관) 대상보장	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%		이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. 상해로 인한 경우

구 분	지급금액
중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)은 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당, 연간1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」([별표-질병관련30] 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 참조)의 개정으로 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」의 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)을 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조 (중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」이라 함은 [별표-상해및질병관련5]중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

1. 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
2. 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

③ 제2항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게

알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

<예시안내>

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

⑨ 제1항의 산정특례대상은 [별표-개별사항5.1]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병 및 [별표-개별사항5.2]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술의 항목에 따릅니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

7-2-2. [갱신형] 중증질환(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증질환(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병으로 인한 경우

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
중증질환(심장) 산정특례대상보장	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

2. 상해로 인한 경우

구 분	지급금액
중증질환(심장) 산정특례대상보장	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중증질환(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)은 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당, 연간1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」([별표-질병관련30] 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 참조)의 개정으로 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」의 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)을 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조 (중증질환자(심장질환) 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」이라 함은 [별표-상해및질병관련6]중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

1. 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
2. 중증질환자 심장질환 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

③ 제2항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

<예시안내>

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

⑨ 제1항의 산정특례대상은 [별표-개별사항6.3]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병 및 [별표-개별사항6.4]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술, [별표-개별사항6.5]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분에 따릅니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드,약제성분명 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

8. 무배당 특정질병진단 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

8-1. 질병 관련 특별약관

8-1-3. 대상포진 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「대상포진」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 대상포진 진단비(1년50%)(이하 「대상포진 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
대상포진 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「대상포진」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어 [별표-질병관련11]대상포진 분류표에서 정한 질병을 말하며, 「단순포진」은 포함되지 않습니다.

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

③ 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 하여야 합니다. 또한 회사가「대상포진」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-5. 대상포진(30일면책) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「대상포진」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 대상포진(30일면책) 진단비(1년50%)(이하 「대상포진(30일면책) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
대상포진 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「대상포진」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「대상포진」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어 [별표-질병관련11]대상포진 분류표에서 정한 질병을 말하며, 「단순포진」은 포함되지 않습니다.

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

③ 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 하여야 합니다. 또한 회사가 「대상포진」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「대상포진」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(대상포진의 정의 및 진단확정)에서 정한 「대상포진」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「대상포진」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(대상포진의 정의 및 진단확정)에서 정한 「대상포진」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환

급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진(30일면책) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

8-1-6. 대상포진(30일면책) 진단비(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「대상포진」으로 진단확정되었을 때에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 대상포진(30일면책)(연간1회한) 진단비(1년50%)(이하 「대상포진(30일면책) 진단비(연간1회한)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
대상포진 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「대상포진」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 30일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「대상포진」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (대상포진의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어 [별표-질병관련11]대상포진 분류표에서 정한 질병을 말하며, 「단순포진」은 포함되지 않습니다.

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

③ 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 하여야 합니다. 또한 회사가 「대상포진」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

8-1-7. 7대 호흡계질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「7대 호흡계질환 진단비(특정5대호흡계질환 진단비)(1년50%)」 및 「7대 호흡계질환 진단비(특정2대호흡계질환 진단비)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정5대 호흡계질환」 또는 「특정2대 호흡계질환」으로 진단확정 되었을 때에는 아래와 같이 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 7대 호흡계질환 진단비(특정5대호흡계질환 진단비)(1년50%)(이하 「7대 호흡계질환 진단비(특정5대호흡계질환 진단비)」이라 합니다) 및 7대 호흡계질환 진단비(특정2대호흡계질환 진단비)(1년50%)(이하 「7대 호흡계질환 진단비(특정2대호흡계질환 진단비)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
특정5대 호흡계질환 진단시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
특정2대 호흡계질환 진단시		

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (7대호흡계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「7대호흡계질환」이라 함은 「특정5대호흡계질환」 및 「특정2대호흡계질환」을 총칭합니다.

② 제1항에서「특정5대호흡계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련26]특정5대 호흡계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제1항에서「특정2대호흡계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련27]특정2대 호흡계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

④ 「7대호흡계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 경우 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「7대호흡계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(MRI, CT 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장

이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 7대 호흡계질환 진단비(특정5대호흡계질환) 또는 7대 호흡계질환 진단비(특정2대호흡계질환)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 7대 호흡계질환 진단비(특정5대호흡계질환) 및 7대 호흡계질환 진단비(특정2대호흡계질환)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-8. 10대 소화계질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「10대 소화계질환 진단비(특정6대소화계질환 진단비)(1년50%)」 및 「10대 소화계질환 진단비(특정4대소화계질환 진단비)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정6대 소화계질환」 또는 「특정4대 소화계질환」으로 진단확정 되었을 때에는 아래와 같이 세부보장별 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 10대 소화계질환 진단비(특정6대소화계질환 진단비)(1년50%)(이하 「10대 소화계질환 진단비(특정6대소화계질환 진단비)」이라 합니다) 및 10대 소화계질환 진단비(특정4대소화계질환 진단비)(1년50%)(이하 「10대 소화계질환 진단비(특정4대소화계질환 진단비)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
특정6대 소화계질환 진단시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
특정4대 소화계질환 진단시		

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (10대소화계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「10대소화계질환」이라 함은 「특정6대소화계질환」 및 「특정4대소화계질환」을 총칭합니다.

② 제1항에서 「특정6대소화계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련28]특정6대 소화계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 「특정4대소화계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련29]특정4대 소화계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

④ 「10대소화계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 경우 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, X-선검사 및 위장조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「10대소화계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제6조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장

이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대 소화계질환 진단비(특정6대소화계질환) 또는 10대 소화계질환 진단비(특정4대소화계질환)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 10대 소화계질환 진단비(특정6대소화계질환) 및 10대 소화계질환 진단비(특정4대소화계질환)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-9. 특정관절병·척추염 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정관절병·척추염」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정관절병·척추염 진단비(1년50%)(이하 「특정관절병·척추염 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정관절병·척추염 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「특정관절병·척추염」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정관절병·척추염의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정관절병·척추염」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련34]특정관절염·척추염 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정관절병·척추염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정관절병·척추염 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-10. 전신결합조직장애 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「전신결합조직장애」로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전신결합조직장애 진단비(1년50%)(이하 「전신결합조직장애 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
전신결합조직장애 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「전신결합조직장애」를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (전신결합조직장애의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전신결합조직장애」라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련33]전신결합조직장애 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「전신결합조직장애」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전신결합조직장애 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-12. 특정패혈증 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정패혈증」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정패혈증 진단비(1년50%)(이하 「특정패혈증 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정패혈증 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「특정패혈증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인 된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료을 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정패혈증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정패혈증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련35] 특정패혈증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정패혈증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「특정패혈증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 사망진단서, 진료기록부(배양검사, 혈액검사 및 기타 검사결과지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정패혈증 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-17. 2대 주요기관 양성종양 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「2대주요기관 양성종양」으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 2대 주요기관 양성종양 진단비(1년50%)(이하 「2대 주요기관 양성종양 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
2대주요기관 양성종양 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (2대주요기관 양성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「2대주요기관 양성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련25]2대주요기관 양성종양 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의「2대주요기관 양성종양」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 2대주요기관 양성종양의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2대 주요기관 양성종양 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-20. 통풍 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「통풍」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 통풍 진단비(1년50%)(이하 「통풍 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
통풍 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (통풍의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통풍」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련12]통풍 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「통풍」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「통풍」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-23. 10대난치성질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「10대난치성질환」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 10대난치성질환 진단비(1년50%)(이하 「10대난치성질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
10대난치성질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「10대난치성질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (10대난치성질환의 정의 및 진단확정)

① 회사는 이 특별약관에서 「10대난치성질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 의한 질병 중 재생불량성빈혈, 전신홍반루푸스, 심장근육병증(I42.4, I42.6~I42.9 제외), 모야모야병, 파킨슨병, 운동신경세포병, 다발경화증, 버거병, 중증근무력증, 전신경화증([별표-질병관련16]10대난치성질환 분류표 참조)을 말합니다.

② 「10대난치성질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 골수검사, 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI/MRA), 뇌혈관조영술, 하지혈관조형술, 혈관초음파, 심장초음파, 단일광자방출전산화단층술(SPECT), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사(CSF), 근조직생검사(Muscle Biopsy), 근전도검사(EMG), 경부X-선검사 및 혈액검사, 면역학적 검사 등 각 질환의 진단적 절차에 따라 시행한 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「10대난치성질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대난치성질환 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-24. 중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)」으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비(1년50%)(이하 「중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
중등도이상 폐렴 (PSI 3,4,5등급) 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)」이라 함은 보험기간 중에 [별표-질병관련10] 폐렴 분류표에서 정한 질병으로 진단 확정되고, PSI(Pneumonia severity Index :폐렴중증도 지표) 점수([별표-질병관련10.1]PSI지표 점수 산정 참조)가 71점 이상인 경우를 말합니다.

② 제1항의 「중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 폐렴의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 피보험자가 「중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 진단서, 진료비계산서, 사망진단서,수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함)
   나. PSI(Pneumonia severity Index :폐렴중증도 지표) 점수를 확인할 수 있는 진료기록 사본
   다. 회사가 상기 서류로 PSI 점수를 확인할 수 없는 경우 추가로 요청하는 폐렴 치료 확인서(회사 양식)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-1-25. 중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「중증 폐렴(PSI 5등급)」으로 진단확정 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비(1년50%)(이하 「중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
중증 폐렴(PSI 5등급) 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「중증 폐렴(PSI 5등급)」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (중증 폐렴(PSI 5등급)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중증 폐렴(PSI 5등급)」이라 함은 보험기간 중에 [별표-질병관련10]폐렴 분류표에서 정한 질병으로 진단 확정되고, PSI(Pneumonia severity Index :폐렴중증도 지표) 점수([별표-질병관련10.1]PSI지표 점수 산정참조)가 131점 이상인 경우를 말합니다.

② 제1항의 「중증 폐렴(PSI 5등급)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 폐렴의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 피보험자가 「중증 폐렴(PSI 5등급)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
   가. 진단서, 진료비계산서, 사망진단서,수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함)
   나. PSI(Pneumonia severity Index :폐렴중증도 지표) 점수를 확인할 수 있는 진료기록 사본
   다. 회사가 상기 서류로 PSI 점수를 확인할 수 없는 경우 추가로 요청하는 폐렴 치료 확인서(회사 양식)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

8-2. 상해 관련 특별약관

8-2-1. 응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 응급실에 내원하여 「아나필락시스(anaphylaxis)」(이하 「아나필락시스」라 합니다)로 진단확정된 경우 연간1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 「아나필락시스」는 제3조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)에서 정한 아나필락시스쇼크를, 「응급실」은 제4조(응급실의 정의)에 해당되는 의료기관을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(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 제2항을 적용합니다.

제3조 (아나필락시스의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「아나필락시스」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-상해관련14] 아나필락시스 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

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

제4조 (응급실의 정의)

① 이 특별약관에서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(응급실기록지 사본, 의사소견서 또는 진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

9. [갱신형] 무배당 특정질병 진단 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

9-1. 질병 관련 특별약관

9-1-23. [갱신형] 희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「희귀질환 및 중증난치질환」으로 진단 확정되고, 그 질환을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」한 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 아래에 정한 금액을 희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)(1년50%)(이하 「희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
희귀질환 및 중증난치질환으로 산정특례 등록시(치매 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」([별표-질병관련30]본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 참조)의 개정으로 「희귀질환 및 중증난치질환」 및 「산정특례 신규등록」적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「희귀질환 및 중증난치질환」 및 「산정특례 신규등록」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 「희귀질환 및 중증난치질환 중 선천질환」의 경우에는 보험기간 중에 「산정특례 신규등록」한 경우 최초 1회에 한하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 금액을 희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)로 보험수익자에게 지급합니다

④ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「희귀질환 및 중증난치질환」의 「산정특례 신규등록」이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)를 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조 (희귀질환 및 중증난치질환의 정의)

① 이 특별약관에서 「희귀질환 및 중증난치질환」이라 함은 [별표-질병관련30]본인일부부담금 산정특례에 관한 기준제5조에서 정한 질병으로, [별표-질병관련31]희귀질환 및 중증난치질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 「희귀질환 및 중증난치질환 」에는 중증치매 산정특례로 분류되는 치매 질환은 포함되어 있지 않습니다.

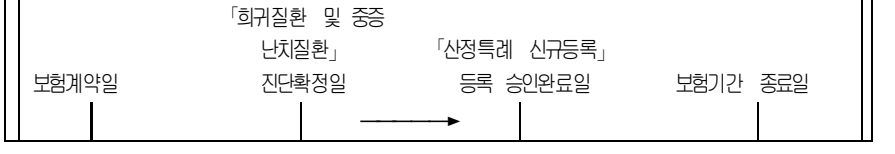
② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

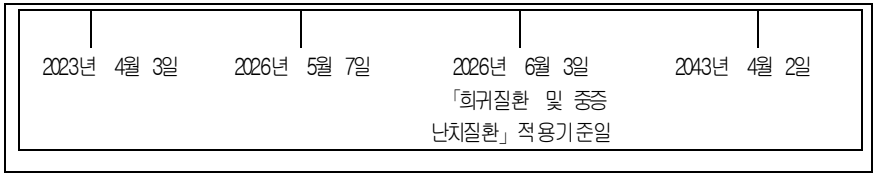
③ 이 특별약관에서 「희귀질환 및 중증난치질환 중 선천질환」이라 함은 [별표-질병관련31]희귀질환 및 중증난치질환 분류표에서 정한 질병 중 상병코드 Q로 시작하는 질병으로 특정기호 V239, V214, V240, V179, V180, V143, V291, V144, V225, V144, V269, V226, V145, V146,V147, V270, V148, V271, V272, V149, V150, V241, V181, V264, V227, V292, V265, V151, V182, V228, V183, V154, V229, V266, V230, V215, V242, V155, V300, V184, V156, V204, V216, V157, V185, V158, V243, V244, V186, V267, V159, V160,V205, V217, V021, V218, V245에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 제4조(산정특례 신규등록)의 「산정특례 신규등록」이 승인된 시점의 기준(이하 적용기준일이라 합니다)을 적용합니다.

<예시안내>

[「희귀질환 및 중증난치질환」의 적용기준일]





⑤ 제4항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제6항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 제3조(희귀질환 및 중증난치질환의 정의)에서 정한 「희귀질환 및 중증난치질환」의 판단이 불가능한 경우
2. 제4조(산정특례 신규등록)의 「산정특례 신규등록」이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

⑥ 회사는 제5항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑦ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑨ 제5항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑩ 제5항 내지 제9항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조 (산정특례 신규등록)

제1조(보험금의 지급사유)에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 승인된 상태를 말합니다. 다만, 신청구분이 '재등록'인 경우는 제외합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 건강보험(희귀, 중증난치, 중증치매) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비세부내역서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

9-1-24. [갱신형] 골다공증 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「골다공증」으로 진단 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 골다공증 진단비(1년50%)(이하 「골다공증 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
골다공증 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「골다공증」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (골다공증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「골다공증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련37]골다공증 분류표에서 정한 질병 중 골다공증진단방법을 기준으로 하여 이중에너지 방사선 흡수계측법(dual energy X-ray absorptionmetry, DXA)을 이용하여 측정한 T값(T-score)이 -2.5이하인 경우를 말합니다.

② 골다공증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 표준적인 의학적 골다공증진단방법(요추, 대퇴골 경부, 대퇴골 전체를 측정하고 가장 낮은 T값으로 진단하는 방법)을 기준으로 하여 내려져야 하며, 이중에너지 방사선 흡수계측법(DXA)으로 측정하는 골밀도 기기의 결과지를 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「골다공증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

③ 제1항 및 제2항의 이중에너지 방사선 흡수계측법이 더 이상 골다공증 진단방법으로 사용되지 않고, 국내 의학계에서 인정되는 골다공증 진단방법이 변경될 경우에는 그 방법에 따릅니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 골다공증의 진단 결과를 확인할 수 있는 서류(소견서, 진료확인서, 검사결과지 등))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험금 청구권자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 골다공증 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

9-1-25. [갱신형] 특정자가면역질환 진단비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정자가면역질환」으로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정자가면역질환 진단비(1년50%)(이하 「특정자가면역질환 진단비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
특정자가면역질환 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「특정자가면역질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정자가면역질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정자가면역질환」이라 함은 [별표-질병관련32]특정자가면역질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 영상검사(초음파, CT, MRI 등), 내시경검사, 근전도검사, 조직검사 및 인자(rheumatoid factor) 또는 항CCP 항체검사 소견 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정자가면역질환 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제5조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

10. 무배당
일반 입원 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

10-1. 질병 관련 특별약관

10-1-1. 질병 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

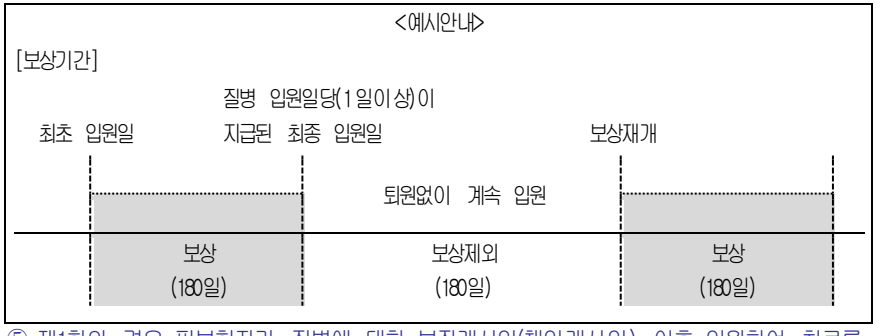
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-2. 질병 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 아래에서 정한 금액을 질병 입원일당(1일이상)(1년50%)(이하「질병 입원일당(1일이상)」이라 합니다) 으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

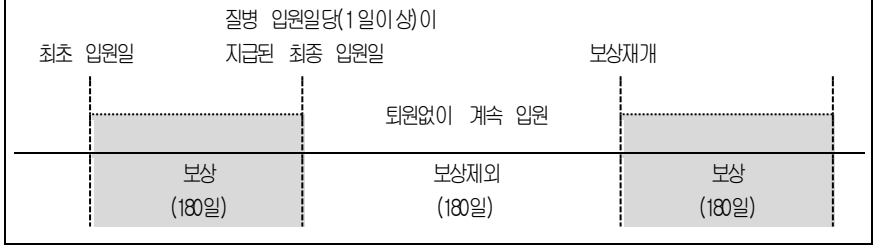
② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항

2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-3. 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

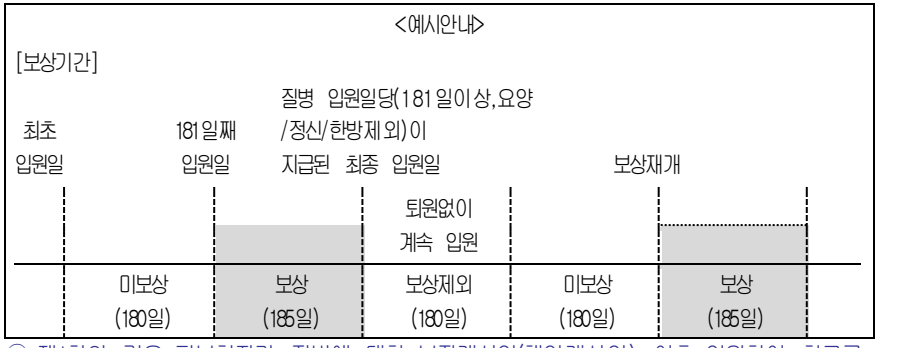
⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다



⑩ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 계속 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)
이 특별약관에서「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-4. 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 아래에서 정한 금액을 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
(최초 입원일 기준) 질병으로 181일 이상 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 지급일수는 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

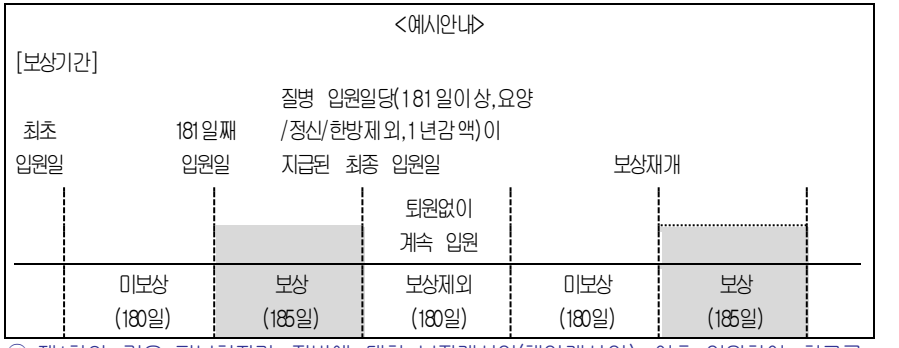
⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑨ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다



⑩ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 계속 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)
이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-5. 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

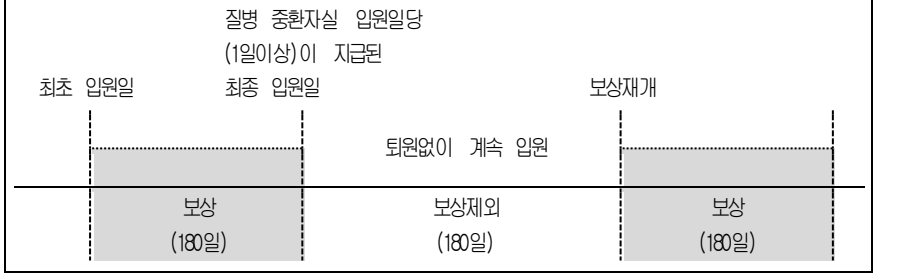
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-6. 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은경우 입원 1일당 아래에서 정한 금액을 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%)(이하 「질병 중환자실 입원일당(1일이상)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 중환자실 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

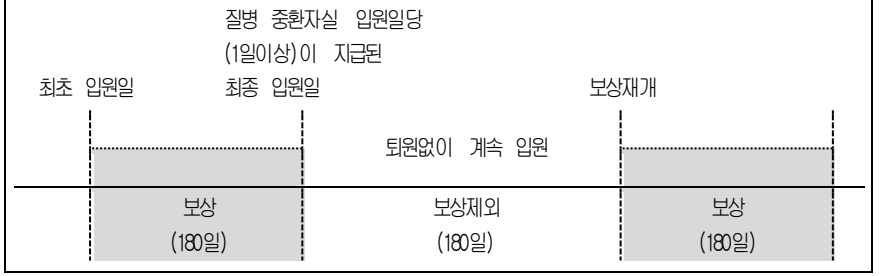
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-7. 질병 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 종합병원 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

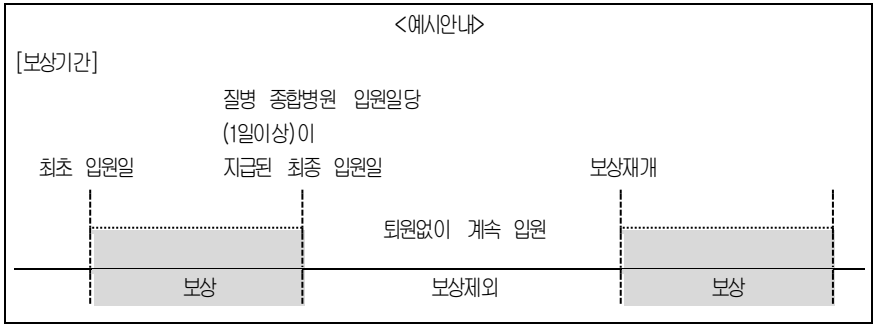
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

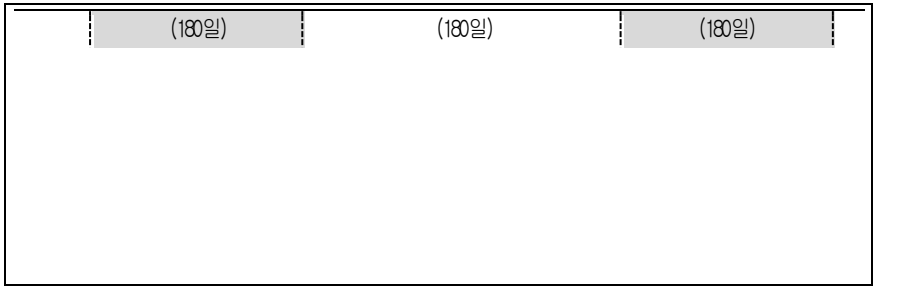
④ 제1항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]





⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하게된 경우 종합병원 적용일부터 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 종합병원 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하

는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-8. 질병 종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 입원일당(1일이상)(1년 50%)(이하「질병 종합병원 입원일당(1일이상)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 종합병원에 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

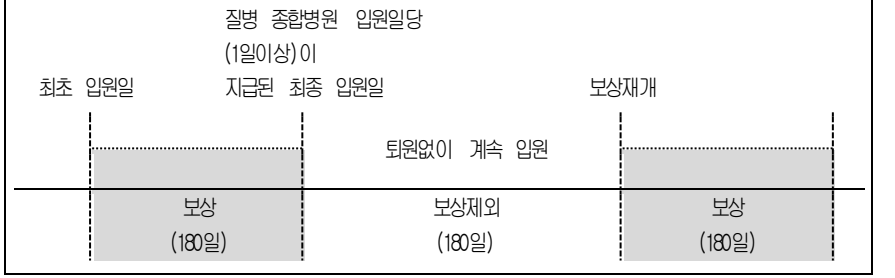
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하게된 경우 종합병원 적용일부터 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 종합병원 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-9. 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

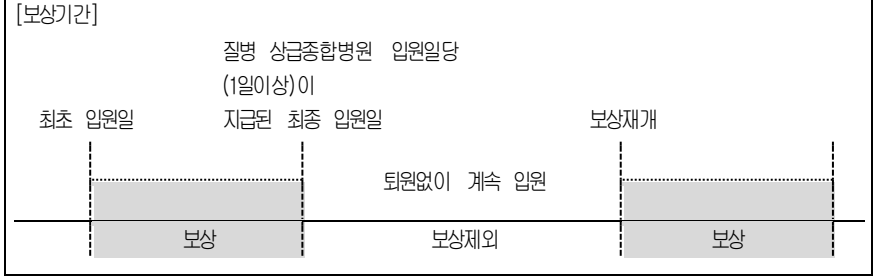
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

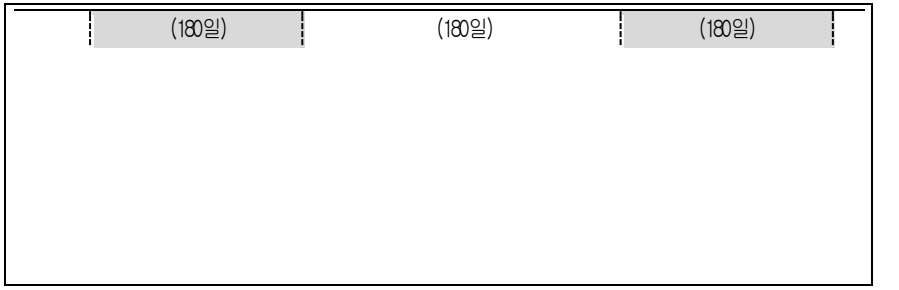
④ 제1항의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]





⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하게된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하

는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-1-10. 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%)(이하「질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 상급종합병원에 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

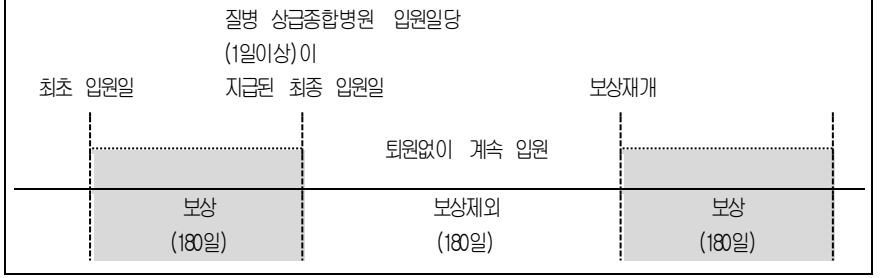
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 계속 보상합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하게된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-2. .상해 관련 특별약관

10-2-1. 상해 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-2-2. 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 계속 보장합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는

것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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

<용어풀이>

[흥행]

영리를 목적으로 연극, 영화, 서커스 등을 요금을 받고 대중에게 보여주는 행위를 말합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-2-3. 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일)이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-2-4. 상해 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 종합병원 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 종합병원 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 해당하게된 경우 종합병원 적용일부터 제1항에 따라 상해 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해 종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 종합병원 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-2-5. 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 해당하게된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항에 따라 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-2-6. 응급실내원 진료비(응급) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「응급환자」에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 응급실 내원 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원 진료비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 의료기관을 옮겨 「응급환자」에 해당되어 응급실에 내원한 경우에도 보장합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (응급실의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

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

제4조 (응급환자 정의)

① 이 특별약관에서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서「응급증상 및 이에 준하는 증상」([별표-상해관련5] 응급증상 및 이에 준하는 증상 참조) 또는「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상」이 있는자(이하「응급환자」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 「응급환자」에 해당하지 않습니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 응급실내원 진료비(응급)를 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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-2-7. 응급실내원 진료비(응급)(연간12회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「응급환자」에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 응급실내원 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원 진료비(응급)(연간12회한)로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 의료기관을 옮긴 경우「응급환자」에 해당되어 응급실에 내원한 경우에도 보장합니다. 다만, 응급실내원 진료비(응급)(연간12회한)의 지급횟수는 연간 12회를 한도로 합니다.

② 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (응급실의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

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

제4조 (응급환자 정의)

① 이 특별약관에서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서「응급증상 및 이에 준하는 증상」([별표-상해관련5]응급증상 및 이에 준하는 증상 참조) 또는「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상」이 있는자(이하「응급환자」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 「응급환자」에 해당하지 않습니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 응급실내원 진료비(응급)를 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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3. 상해 및 질병 관련 특별약관

10-3-1. 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 종합병원 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

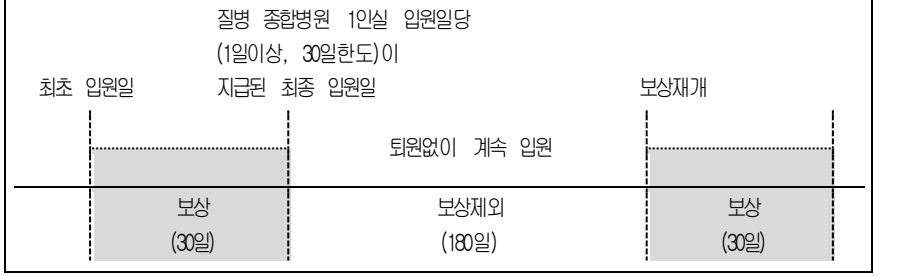
④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 종합병원의 1인실에서 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3-2. 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 입원1일당 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년50%)(이하 「질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

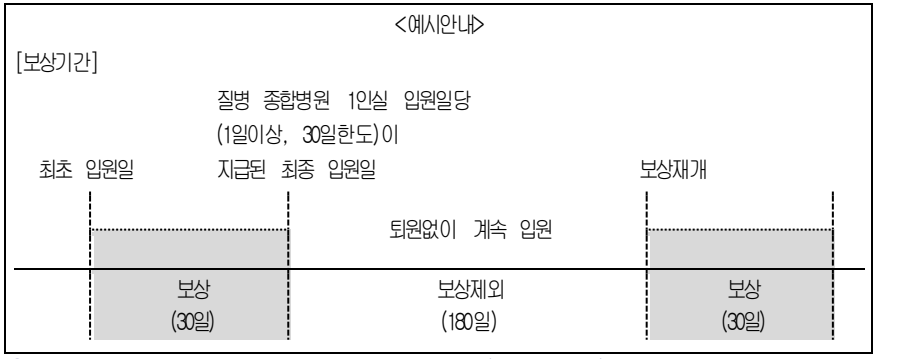
구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 종합병원 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 경우 종합병원 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 종합병원의 1인실에서 다른 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 1인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3-3. 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 종합병원 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

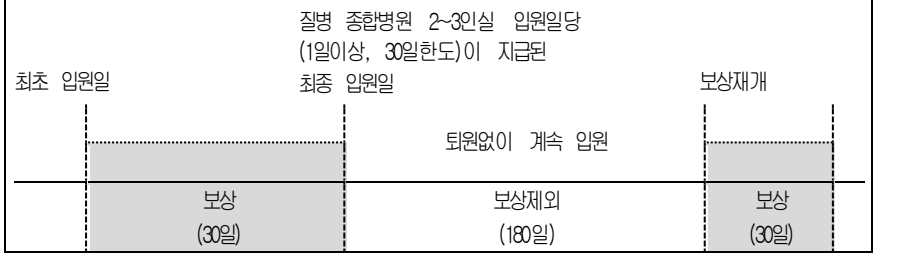
④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 종합병원의 2~3인실에서 다른 종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 종합병원의 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3-4. 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

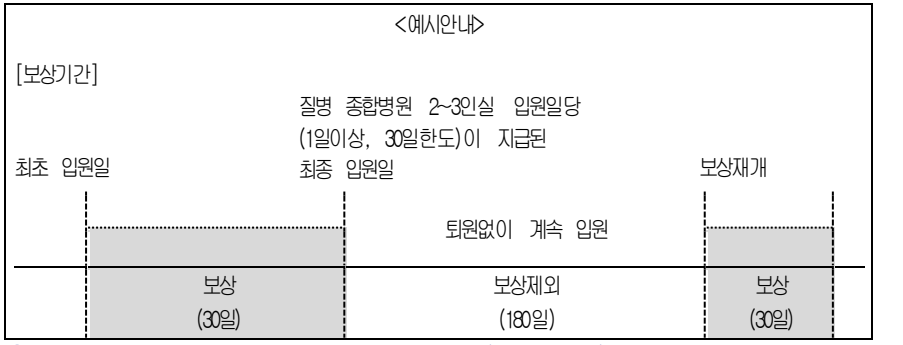
구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 종합병원 2~3인실 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 경우 종합병원 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 종합병원의 2~3인실에서 다른 종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 종합병원의 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 2~3인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원에 지정이 된 경우 종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 종합병원 2~3인실

입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

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

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3-5. 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 1인실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 상급종합병원 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

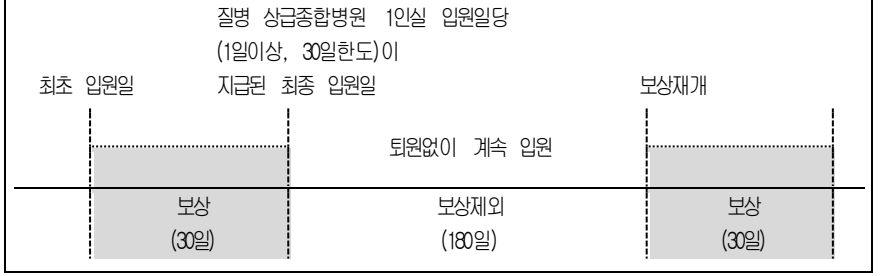
④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 상급종합병원의 1인실에서 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3-6. 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 1인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 입원1일당 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년50%)(이하「 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 상급종합병원 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 경우 상급종합병원 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

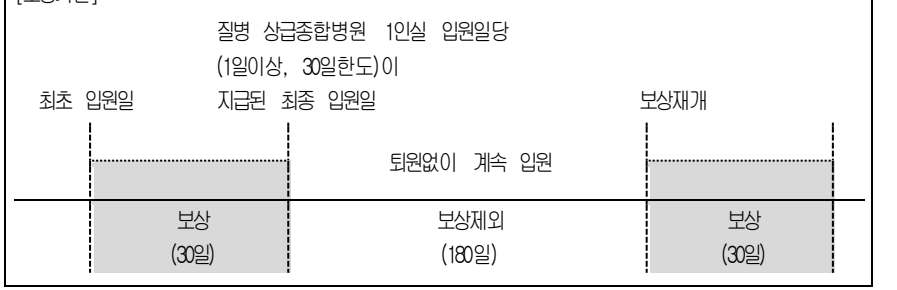
④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 상급종합병원의 1인실에서 다른 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원의 1인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 1인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 1인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원1인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.
⑬ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3-7. 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

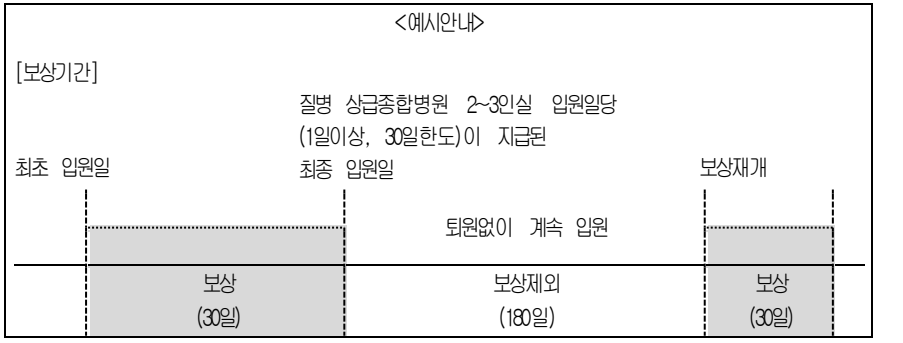
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 상급종합병원 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에서 다른 상급종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합

니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

10-3-8. 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우는 입원1일당 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

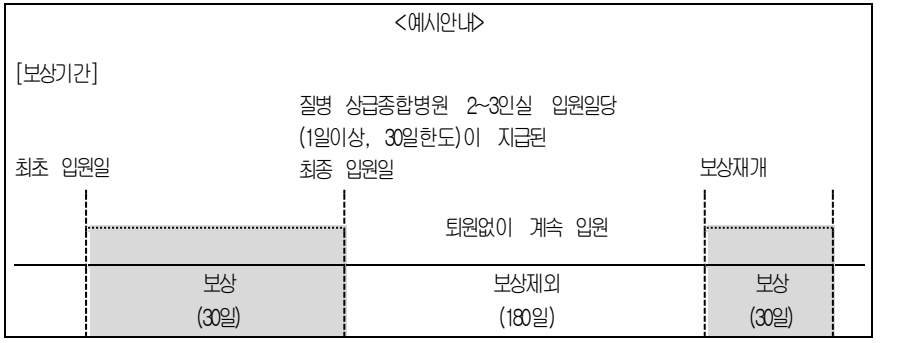
구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 상급종합병원 2~3인실 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 경우 상급종합병원 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

④ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

⑤ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에서 다른 상급종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해 또는 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑦ 제1항 및 제2항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 계속 보상하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원의 2~3인실로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 2~3인실 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1항 또는제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 상급종합병원 이외 병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원에 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종

합병원 지정이 취소된 경우 해당병원에서 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항 또는 제2항에 따라 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)을 지급합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도) 또는 질병 상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상,30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써 자택 등에서 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 정한 사유로 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

11. [갱신형] 무배당 일반 입원 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

11-1. 질병 관련 특별약관

11-1-1. [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

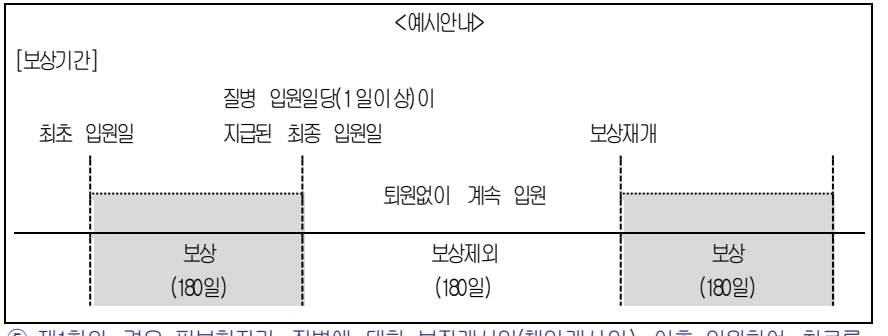
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

11-1-2. [갱신형] 질병 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원일당(1일이상)(1년50%)(이하「질병 입원일당(1일이상)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

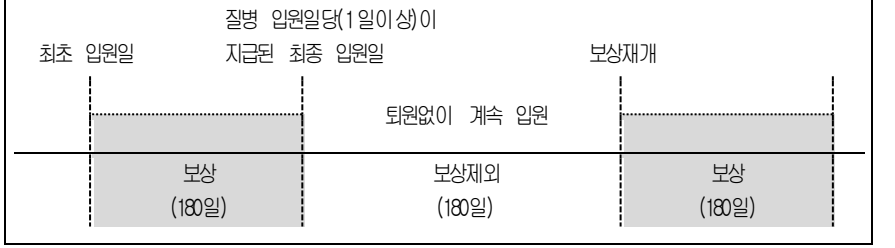
② 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(1일이상)이 지급된 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항

2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

11-1-3. [갱신형] 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

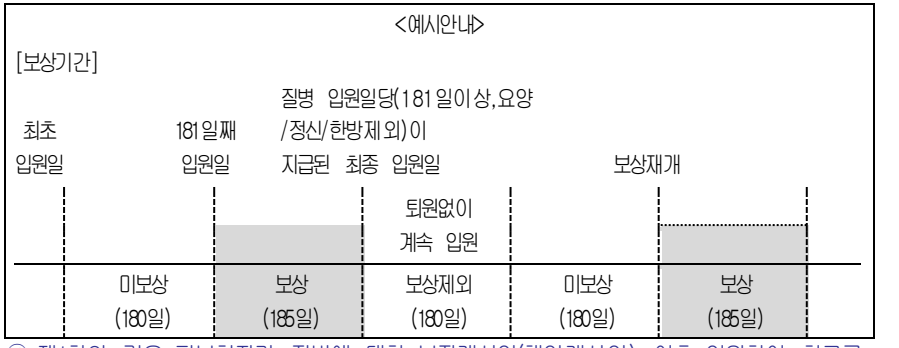
⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>



⑩ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 계속 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)
이 특별약관에서「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)
이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

11-1-4. [갱신형] 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 아래에서 정한 금액을 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
(최초 입원일 기준) 질병으로 181일 이상 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 지급일수는 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

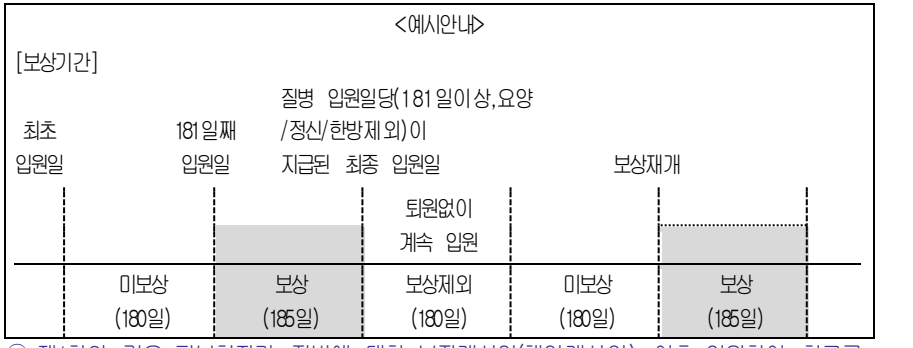
⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑨ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>



⑩ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 계속 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)
이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)
① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제6조 (특별약관의 소멸)
피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)
이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

11-1-5. [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은경우 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 중환자실 입원일당(1일이상)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

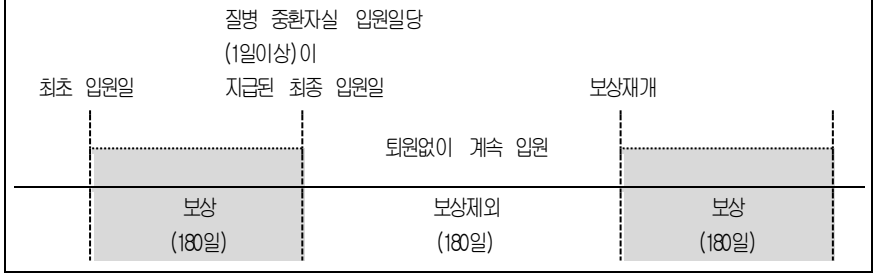
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

11-1-6. [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은경우 입원 1일당 아래에 정한 금액을 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%)(이하 「질병 중환자실 입원일당(1일이상)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 중환자실 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다.

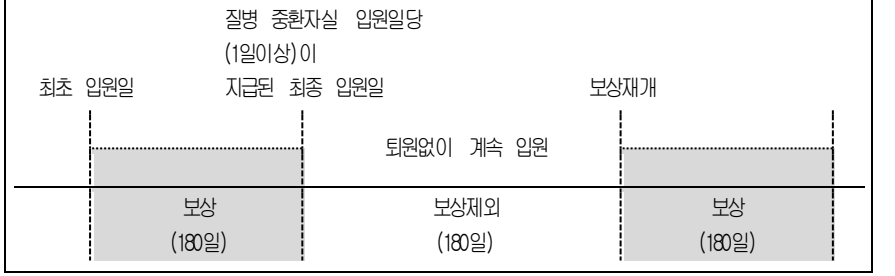
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 질병 중환자실 입원일당(1일이상)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병 중환자실 입원일당(1일이상)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

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

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

12. 무배당 특정질병 입통원 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

12-1. 질병 관련 특별약관

12-1-2. 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

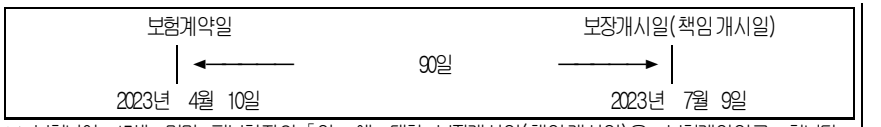
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%)(이하「암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

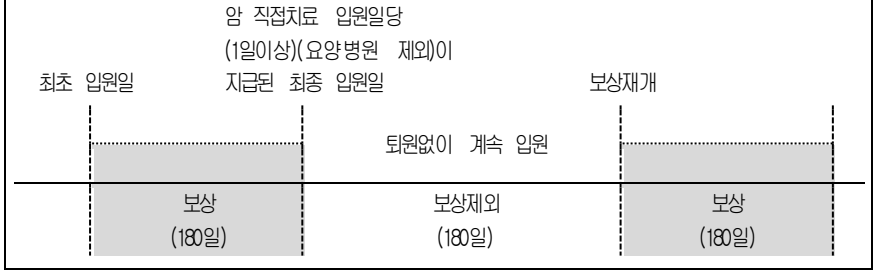
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 및「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

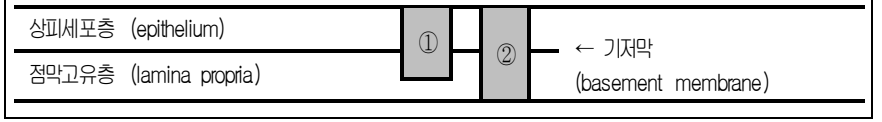
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

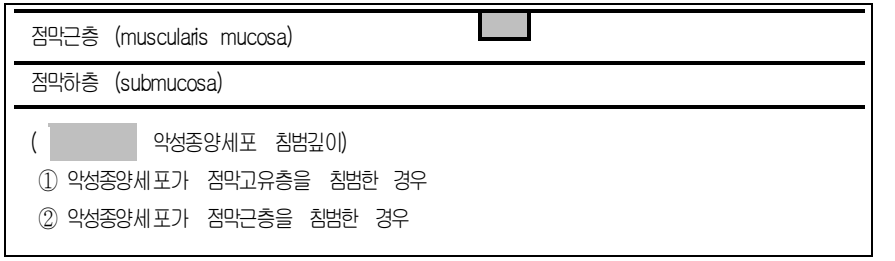
③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]





⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암 치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료,「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」이나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로

서, 자택 등에서의 직접적인 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-4. 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년 50%)(이하「암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

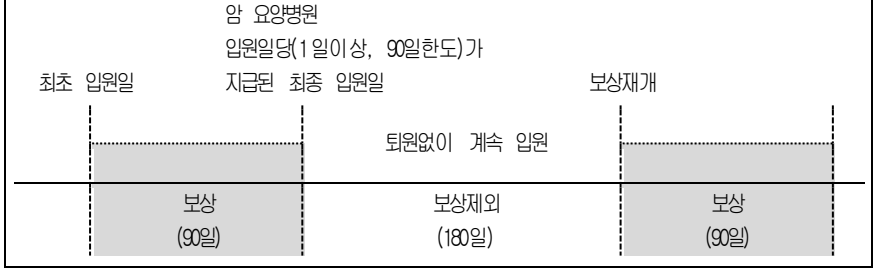
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 및「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

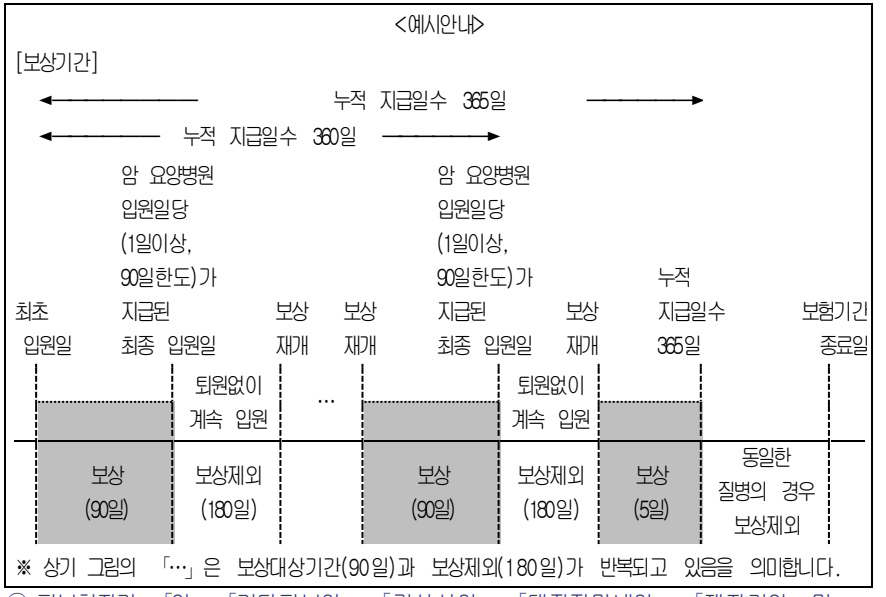
[보상기간]



⑥ 제5항에도 불구하고 동일한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및 「경계성종양」의 치료를 목적으로 하는 입원의 경우 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일)부터 지급된 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 누적 지급일수(이하「누적 지급일수」라 합니다)가 365일을 초과하는 경우, 365일을 초과

한 날부터 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

<예시안내>



※ 상기 그림의 「…」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

⑦ 피보험자가 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)를 계속 보장합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

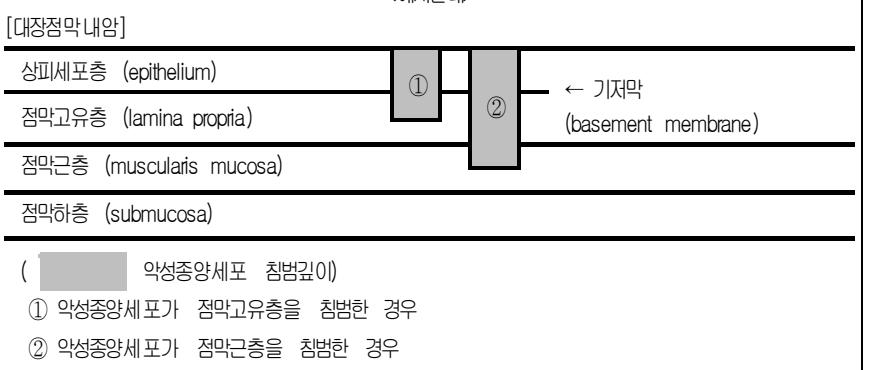
① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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>



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한

결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다

제6조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에

서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-6. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

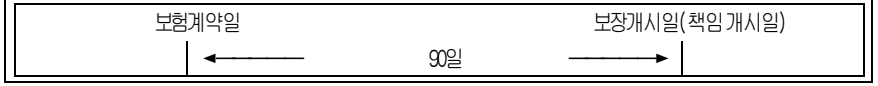
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다.)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



2023년 4월 10일	2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조 (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 제6조(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 제6조(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.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

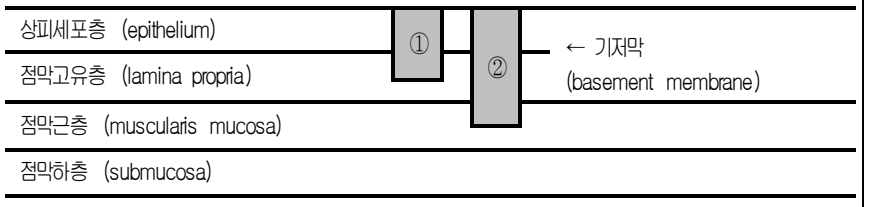
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제7조 (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」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하

는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-8. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

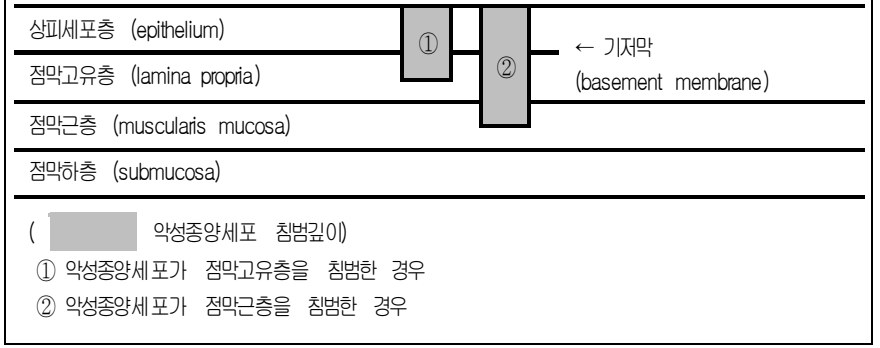
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자

격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제7조 (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」, 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약

관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-10. 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」, 「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



* 단,「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

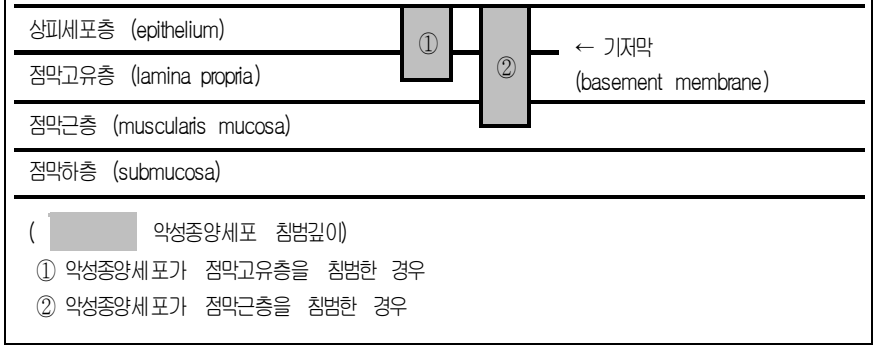
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자

격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제7조 (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」, 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약

관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-12. 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

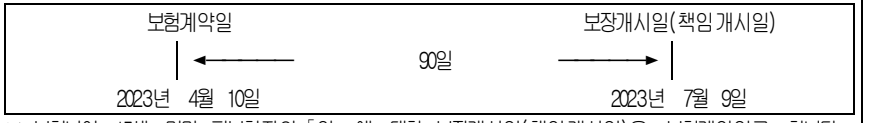
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」)(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)(연간10회한)(1년50%)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다. 다만,「유사암」 통원횟수는「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

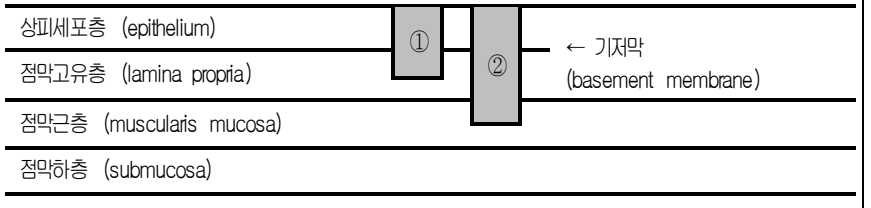
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (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」 및 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가

적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-14. 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

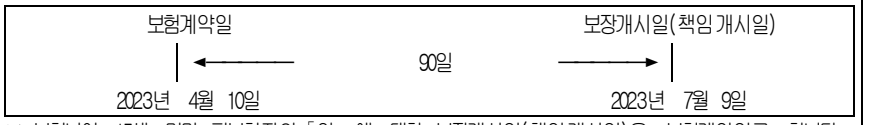
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」)(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

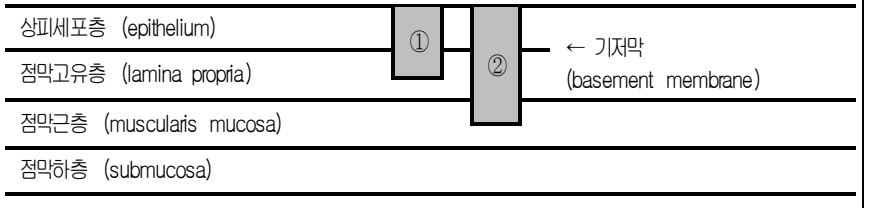
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (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」 및 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가

적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-17. 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원 지원금(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

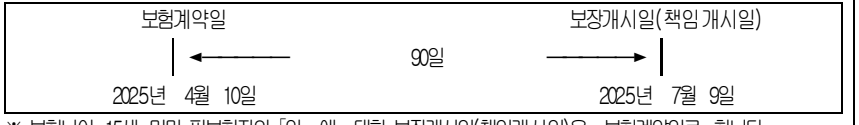
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)(1년50%)(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
암(기타피부암, 갑상선암 포함)으로 종합병원 중환자실 입원시 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

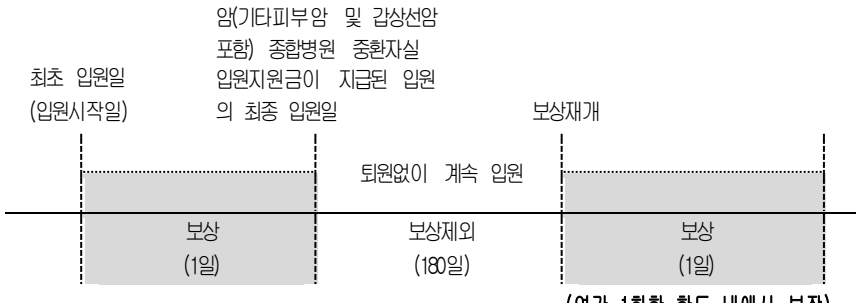
② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 피보험자가 동일한 「암(기타피부암 및 갑상

선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 입원이라도 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '암(기타피부암 및 갑상선암 포함)'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원 (1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원 (2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제1항에 따라 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바

늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

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

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (종합병원의 정의)

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

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일

이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정 의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-19. 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

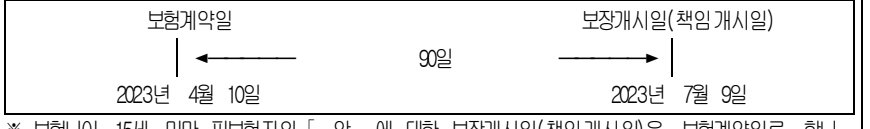
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암(유사암 제외)으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제3항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암(유사암 제외) 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(유사암 제외) 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(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

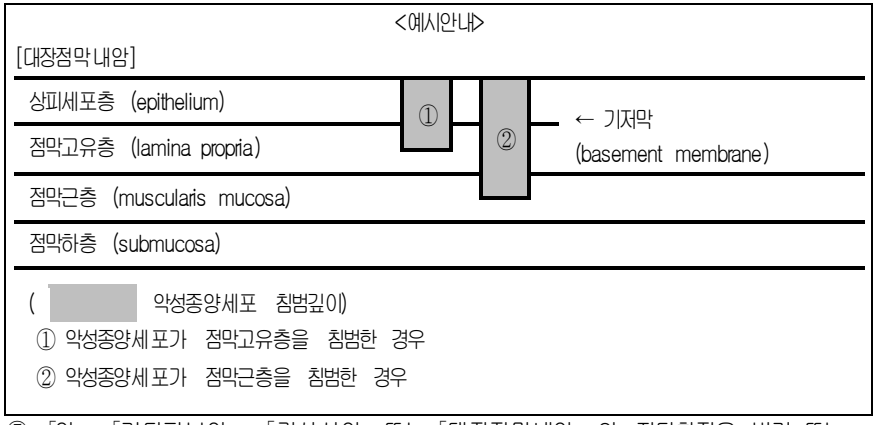
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑

상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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>



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」의 직접적인 치료라 함은「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 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」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제6조 (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 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-21. 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

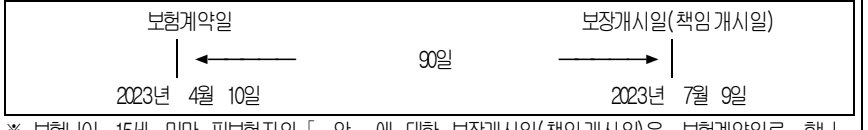
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암(유사암 제외)으로 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제3항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

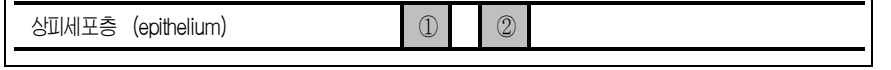
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

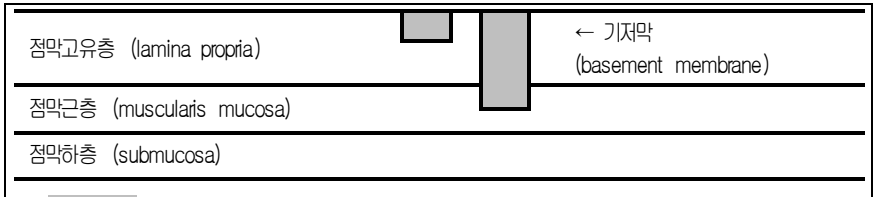
③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]





⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」의 직접적인 치료라 함은「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 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」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조 (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)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

12-1-22. 2대질병 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)(1년50%)(이하 「뇌졸중 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다.)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중 통원일당 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)(1년50%)(이하 「급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다.)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 통원일당 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제2항의 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중 통원일당(상급종합병원) 및 급성심근경색증 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 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 뇌졸중 통원일당(상급종합병원) 및 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑤ 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제6조 (통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 뇌졸중의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 급성심근경색증의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

12-1-23. 2대질병 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%)(이하 「뇌졸중 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중 통원일당 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년 50%)(이하 「급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 통원일당 (상급종합병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 뇌졸중 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간10회 한도로 지급합니다.

④ 제2항의 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간10회 한도로 지급합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중 통원일당(상급종합병원) 및 급성심근경색증 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 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 뇌졸중 통원일당(상급종합병원) 및 급성심근경색증 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑤ 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제6조 (통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 "뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 뇌졸중의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 급성심근경색증의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

12-1-25. 2대질병 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 뇌졸중 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%)(이하 「뇌졸중 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중 통원일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%)(이하 「급성심근경색증 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 통원일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 뇌졸중 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간10회 한도로 지급합니다.

④ 제2항의 급성심근경색증 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간10회 한도로 지급합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나,

피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 "뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 뇌졸중의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 급성심근경색증의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

12-1-26. 2대질병 통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 뇌졸중 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「뇌졸중 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌졸중 통원일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「급성심근경색증 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
급성심근경색증 통원일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 뇌졸중 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제2항의 급성심근경색증 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑤ 제3항 및 제4항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나,

피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

② 이 특별약관에서 "뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 뇌졸중으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 뇌졸중의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 뇌졸중을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

③ 이 특별약관에서 "급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원"이란 의사에 의해 급성심근경색증으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하므로, 급성심근경색증의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 급성심근경색증을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

13. [갱신형] 무배당 특정질병 입통원 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

13-1. 질병 관련 특별약관

13-1-2. [갱신형] 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단이 확정되고 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%)(이하 「암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

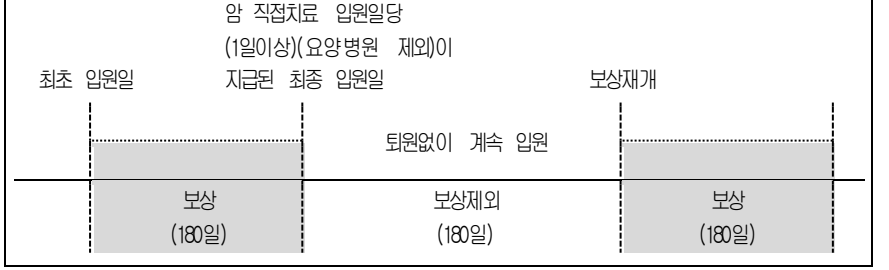
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원을 한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약

관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 직접치료 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

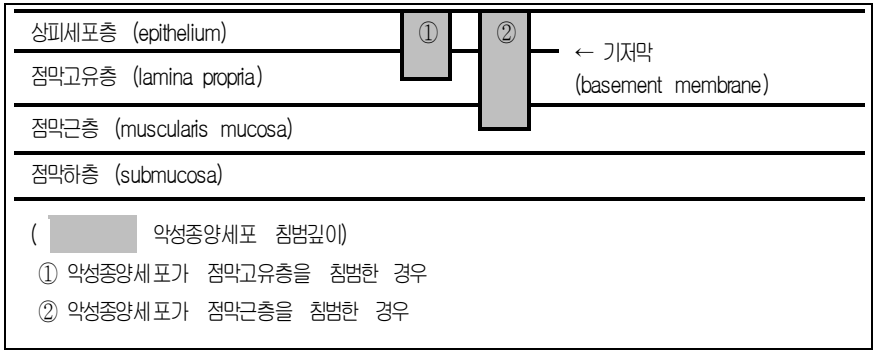
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]



⑤ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우

에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암 치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료,「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」이나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를

가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 직접적인 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-4. [갱신형] 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상,90일한도)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

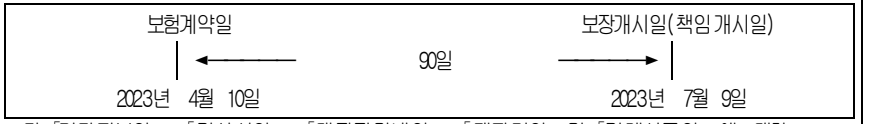
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 목적으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년 50%)(이하 「암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



* 단, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

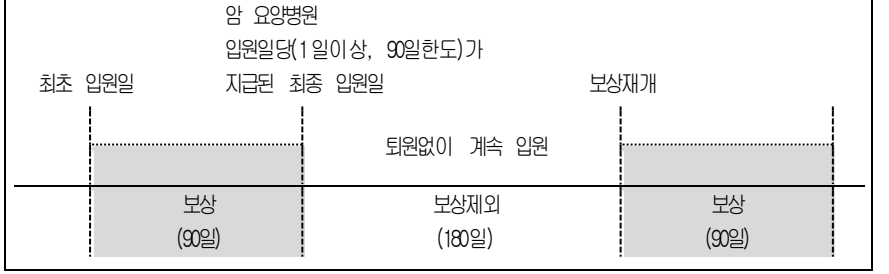
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원을 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」의 치료를 목적으로 하는 입원의 경우 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일)부터 지급된 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 누적

지급일수(이하 「누적 지급일수」라 합니다)가 365일을 초과하는 경우, 365일을 초과한 날부터 이 특별약관의 최종 갱신종료일까지 동일한 질병으로 인한 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

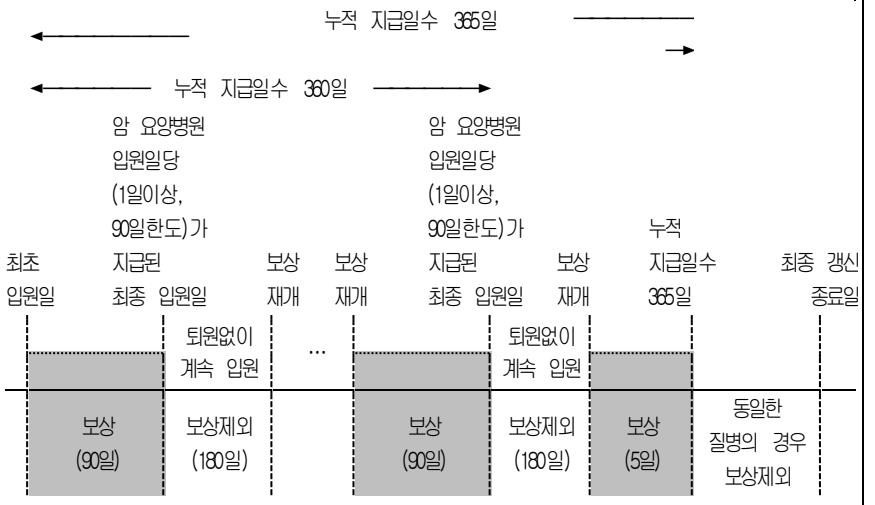
<용어풀이>

[최종 갱신종료일]

이 특별약관이 더이상 갱신되지 않고 보장이 종료되는 날로서 갱신종료나이 계약해당일을 말합니다.

<예시안내>

[보상기간]



※ 상기 그림의 「…」은 보상대상기간(90일)과 보상제외(180일)가 반복되고 있음을 의미합니다.

⑦ 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)를 계속 보장합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암 요양병원 입원일당(1일이상, 90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

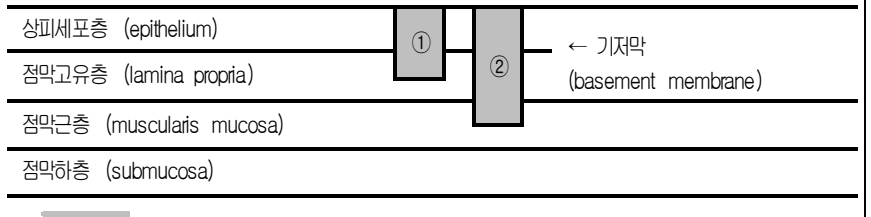
① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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>



(악성종양세포 침범깊이)
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (요양병원의 정의)

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

제6조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」및「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등

에서의 치료가 곤란하여 제5조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-6. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조 (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 제6조(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 제6조(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.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with

malignant potential)」는 제외합니다.

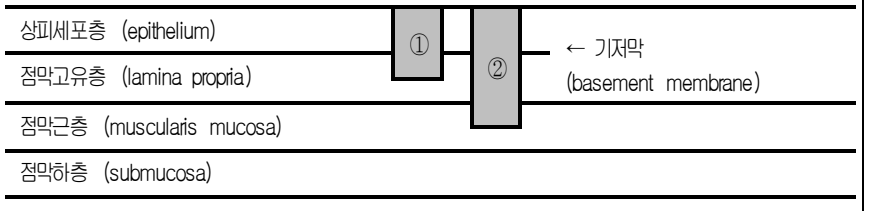
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암 치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제7조 (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」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 및 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조

(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-8. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

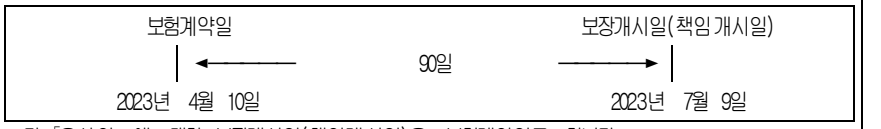
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



* 단, 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있

습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

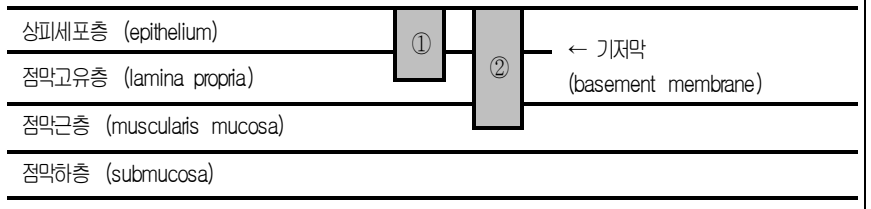
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시

점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암 치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료,「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」이나「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제7조 (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」및 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-10. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」, 「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) (연간30회한)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단,「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다. 다만,「유사암」 통원횟수는「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료 통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

② 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 지급합니다.

③ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제6조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암 직접치료 통원일당(상급종합병원) 및 유사암 직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

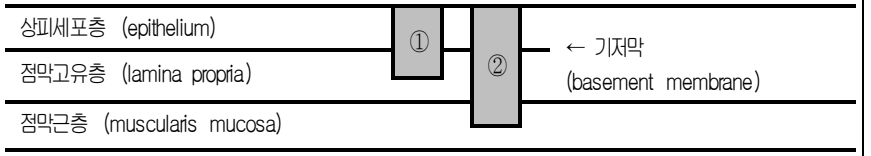
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘

흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암 치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제7조 (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」, 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경

우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-12. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

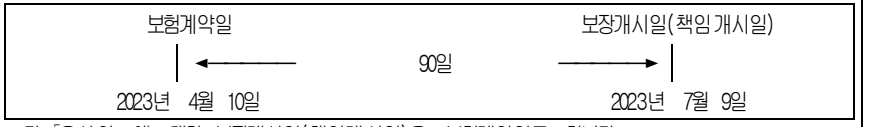
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



* 단, 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 10회 한도로 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 및 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호

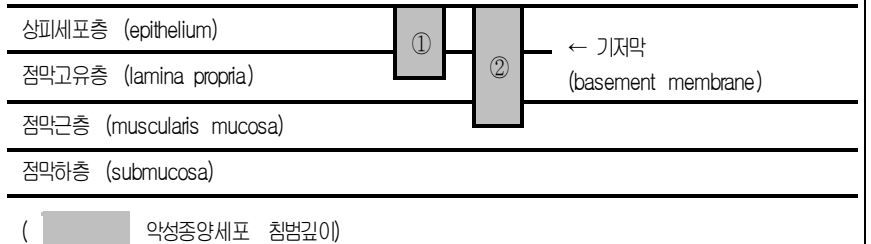
C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암 치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (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」 및 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니

다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-14. [갱신형] 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회 한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원1회당 아래에 정한 금액을 유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「유사암 직접치료 통원일당(요양병원제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ← 90일 → 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일 ← 90일 → 2023년 7월 9일

* 단, 「유사암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항의 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

⑤ 제2항의 유사암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다. 다만, 「유사암」 통원횟수는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 더하여 계산합니다.

⑥ 제4항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는

「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

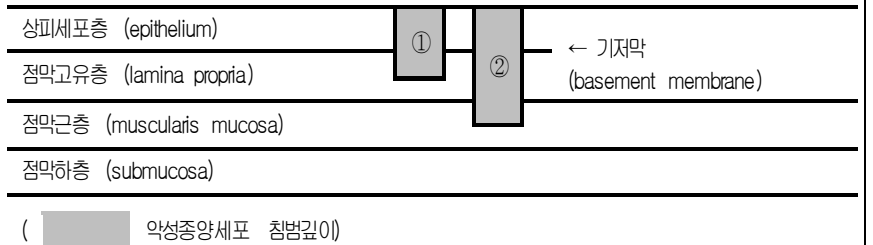
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

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

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

제5조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료라 함은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암 치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이나 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조 (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」 및 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정

되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-18. [갱신형] 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

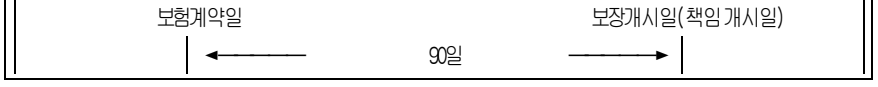
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암(유사암 제외)으로 상급종합병원 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



2023년 4월 10일	2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회 이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제3항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 암(유사암 제외) 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(유사암 제외) 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(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호

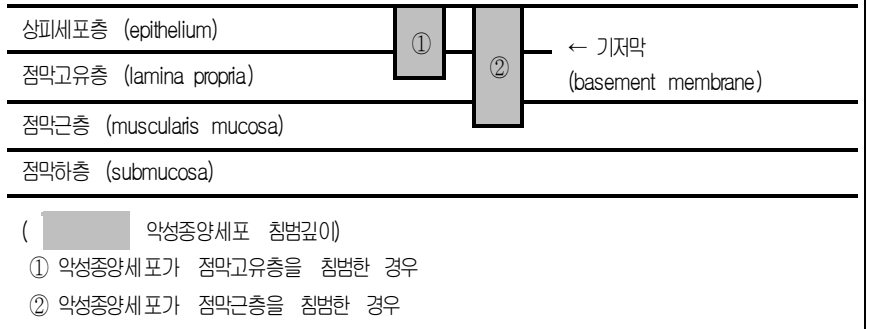
C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

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

제4조 (암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」의 직접적인 치료라 함은「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 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」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제6조 (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 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다

제7조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-20. [갱신형] 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 아래에 정한 금액을 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%)(이하 「암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암(유사암 제외)으로 통원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ← 90일 → 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일	2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)은 하루에 2회 이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.

④ 제3항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

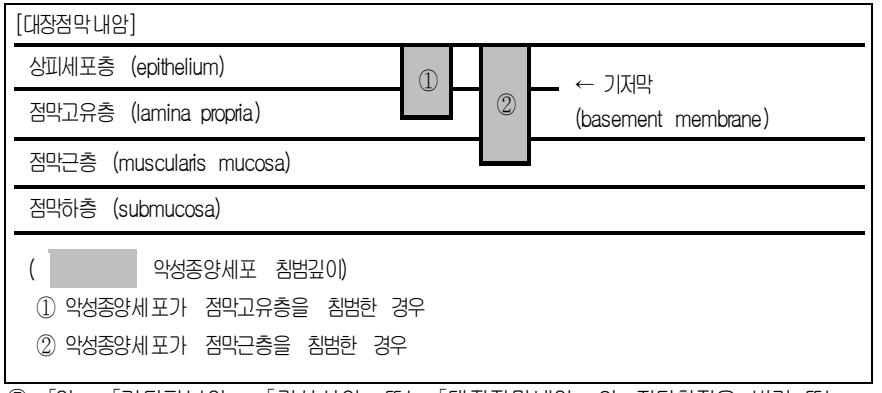
① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

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

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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>



⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

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

제4조 (암의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암」의 직접적인 치료라 함은「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(이하「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

② 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항이 포함됩니다.

1. 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법
2. 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의「암」의 직접적인 치료에는 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」의 직접적인 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암」의 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 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 암치료나 암으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조 (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)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조 (특별약관의 무효)

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

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

13-1-25. [갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(독감(인플루엔자)의 정의 및 진단확정)에서 정한 질병(이하「독감(인플루엔자)」이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 때에는 입원 1일당 아래에 정한 금액을 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%)(이하「독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
독감으로 입원시	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「독감(인플루엔자)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「독감(인플루엔자)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



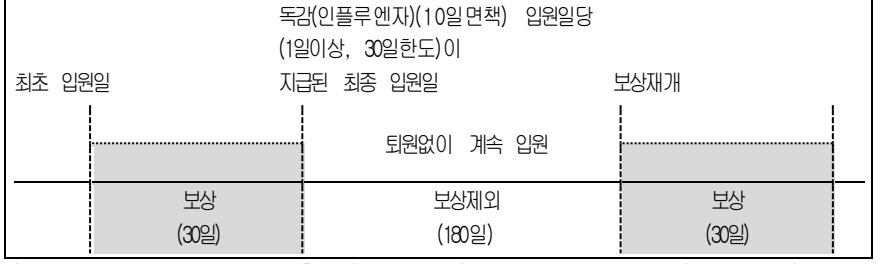
③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 「독감(인플루엔자)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)을 계속 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (독감(인플루엔자)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「독감(인플루엔자)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련24]독감(인플루엔자) 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「독감(인플루엔자)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「독감(인플루엔자)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

특별약관에서 「입원」이라 함은 의사에 의하여 「독감(인플루엔자)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기간에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

14. 무배당
간병인 사용일당 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

14-1. 질병 관련 특별약관

14-1-1. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 지급금액

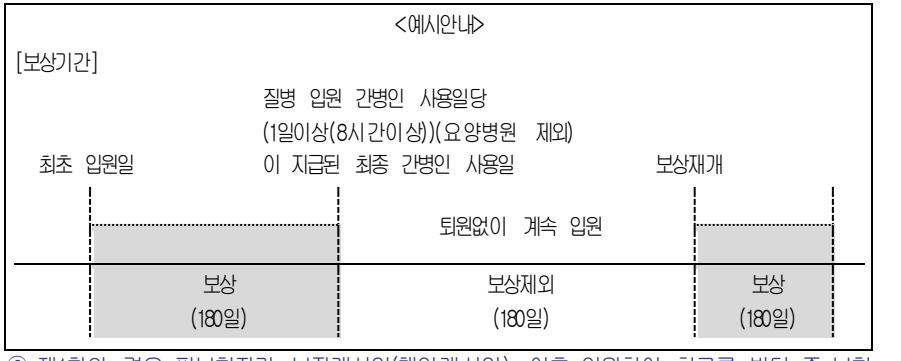
: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하

는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙

서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-2. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년 이상
질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

(단, 가입 1년내 지급사유발생시 50% 지급)

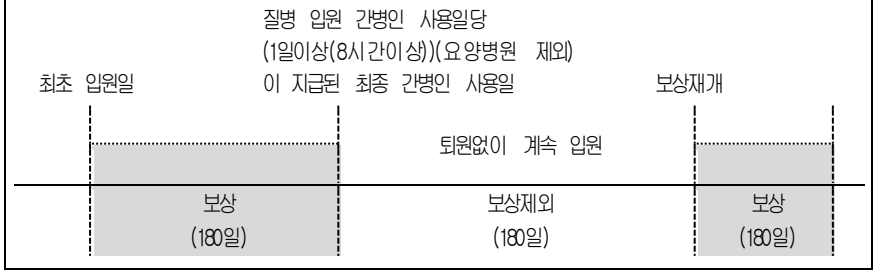
③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-3. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

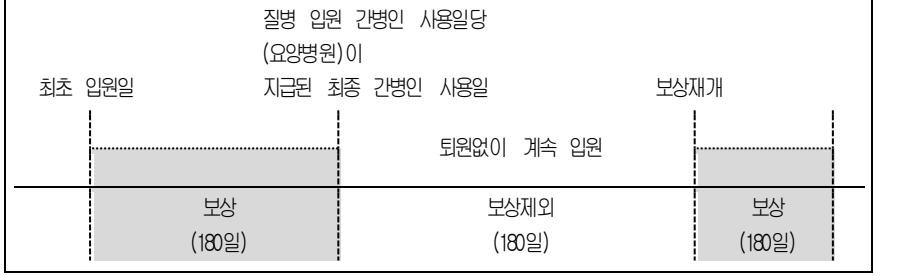
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-4. 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

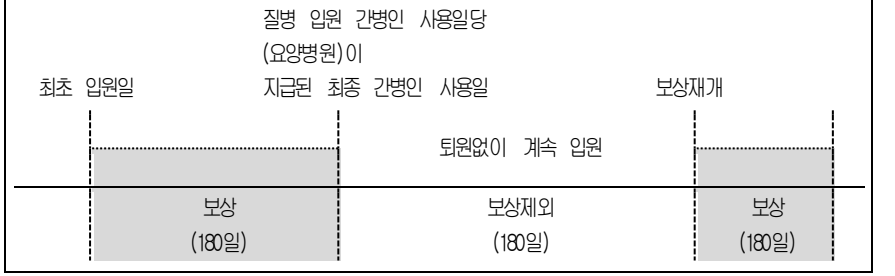
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-5. 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

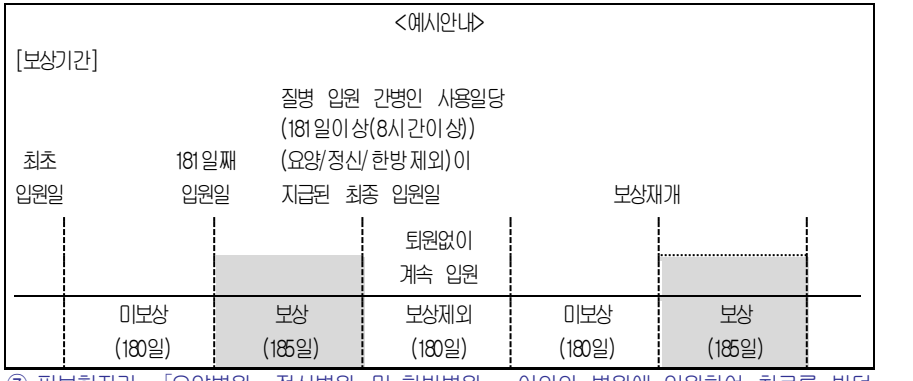
③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8

시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑪ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑭ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하

여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-6. 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년 이상
질병 입원 간병인 사용일당 (181일이상(8시간이상)) (요양/정신/한방제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)

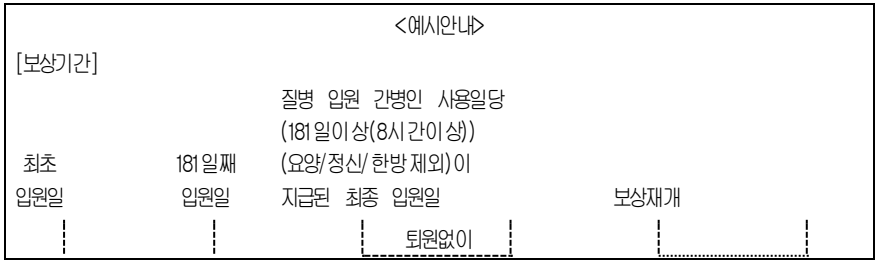
③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

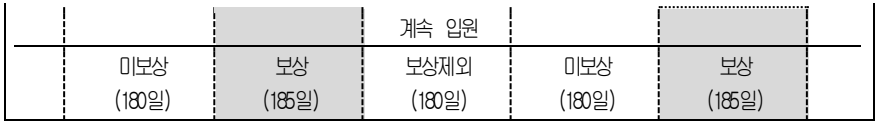
④ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>





⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑪ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑭ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정

4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-7. 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 가입금액을 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

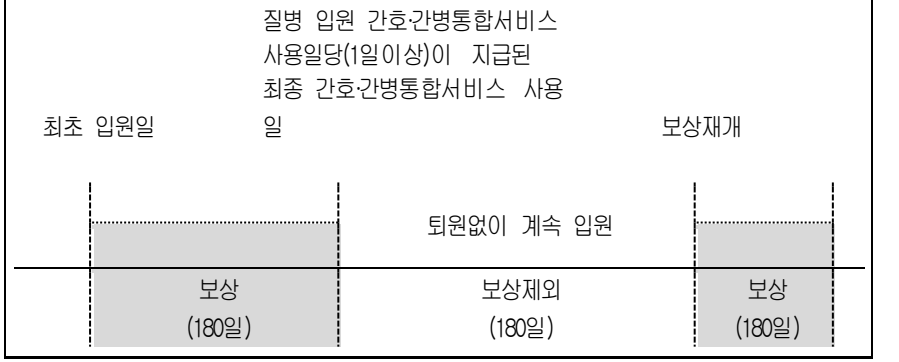
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호 · 간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특

별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-8. 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

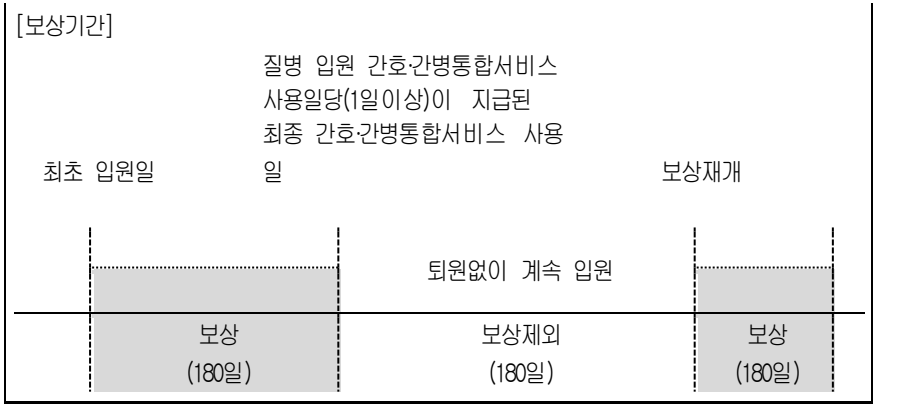
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호 · 간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특

별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-9. 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 가입금액을 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

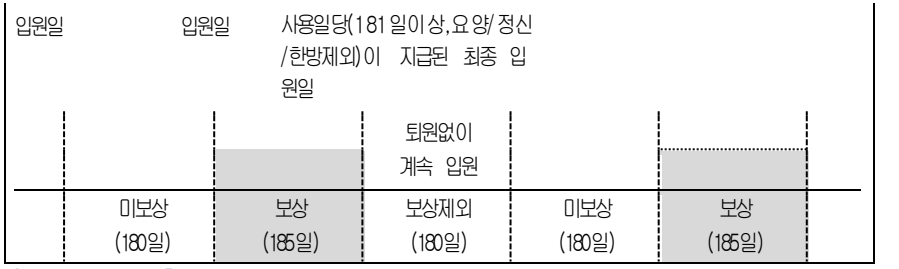
④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]

최초	181일째	질병입원간호간병통합서비스	보상재개



⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는

전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-10. 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

(최초 입원일 기준) 구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

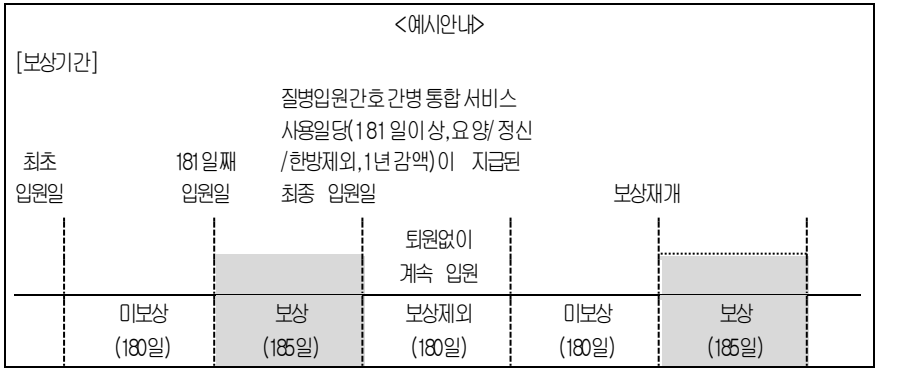
② 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑩ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-11. 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 2일이상 계속 입원하여 1~5종 수술분류표([별표-상해관련22]1~5종 수술 분류표(간병)참조)에서 정한 수술 중 3~5종 수술(이하「질병 입원 3~5종 수술」이라 합니다)을 동반한 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 최초 수술일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(이하 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하며, 당일입원하여 수술하는 경우는 보상하지 않습니다.

② 제1항에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 수술 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 하나의 수술 이상이 질병 입원 3~5종 수술에 해당되는 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 특정수술 간병인 사용일당을 지급합니다.

<예시안내>

[예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 2일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

[예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 11일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후4시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	8시간	24시간	5시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	X	O	O

→ 4월 10일의 경우 수술일 이전이므로 보험금을 지급하지 않음

→ 4월 12일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

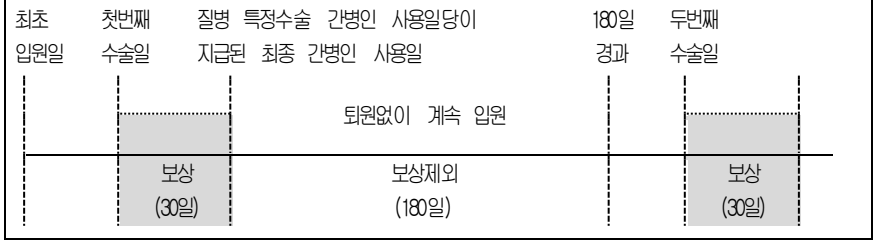
: 5만원 X 3일 = 15만원 지급

⑥ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑦ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주하며, 새로운 입원일 이후 동일한 질병으로 「질병 입원 3~5종

수술」을 받은 경우에는 해당 수술일로부터 간병인 사용 1일당 「질병 특정수술 간병인 사용일당」을 지급합니다. 다만 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑧ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑨ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 제1항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 간병인 사용기간 중 다른 질병의 직접적인 치료를 목적으로 질병 입원 3~5종 수술을 받은 경우, 그날을 최초 수술일로 보아 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수 30일 한도를 적용합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련22]1~5종 수술 분류표(간병)에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.
1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호 · 간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호 · 간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2

에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일

지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-12. 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 2일이상 계속 입원하여 1~5종 수술분류표([별표-상해관련22]1~5종 수술 분류표(간병)참조)에서 정한 수술 중 3~5종 수술(이하「질병 입원 3~5종 수술」이라 합니다)을 동반한 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 최초 수술일로부터 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%)(이하 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하며, 당일입원하여 수술하는 경우는 보상하지 않습니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년 이상
질병 특정수술 간병인 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 수술 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 하나의 수술 이상이 질병 입원 3~5종 수술에 해당되는 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 특정수술 간병인 사용일당을 지급합니다.

<예시안내>

[예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 2일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50%지급)

[예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 11일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후4시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	8시간	24시간	5시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	X	O	O

→ 4월 10일의 경우 수술일 이전이므로 보험금을 지급하지 않음

→ 4월 12일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 3일 = 15만원 지급

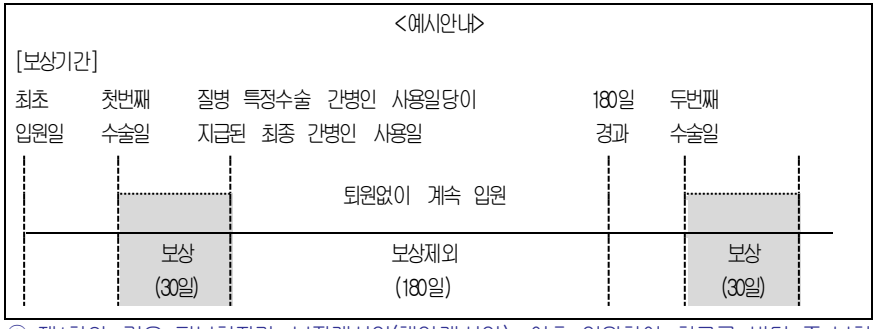
(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50%지급)

⑥ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑦ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도「질병 특정수술 간병인 사용일

당」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주하며, 새로운 입원일 이후 동일한 질병으로 「질병 입원 3~5종 수술」을 받은 경우에는 해당 수술일로부터 간병인 사용 1일당 「질병 특정수술 간병인 사용일당」을 지급합니다. 다만 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑧ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑨ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 제1항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 간병인 사용기간 중 다른 질병의 직접적인 치료를 목적으로 질병 입원 3~5종 수술을 받은 경우, 그날을 최초 수술일로 보아 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수 30일 한도를 적용합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병)에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.
1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호 · 간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호 · 간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방

병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험

자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-13. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구분	1일당 지급금액
질병 입원 간병인 사용일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

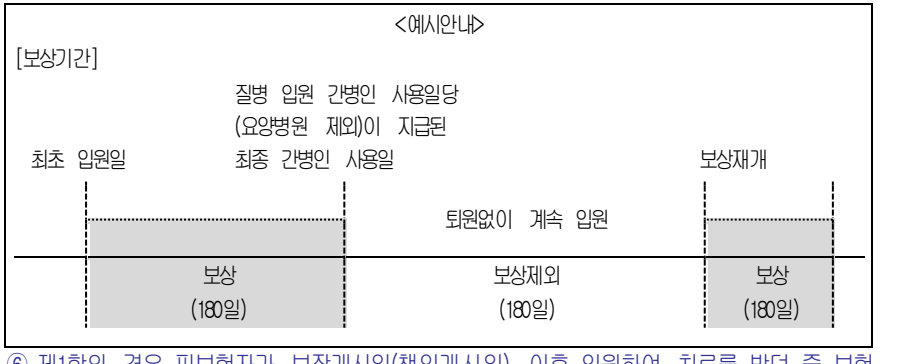
: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



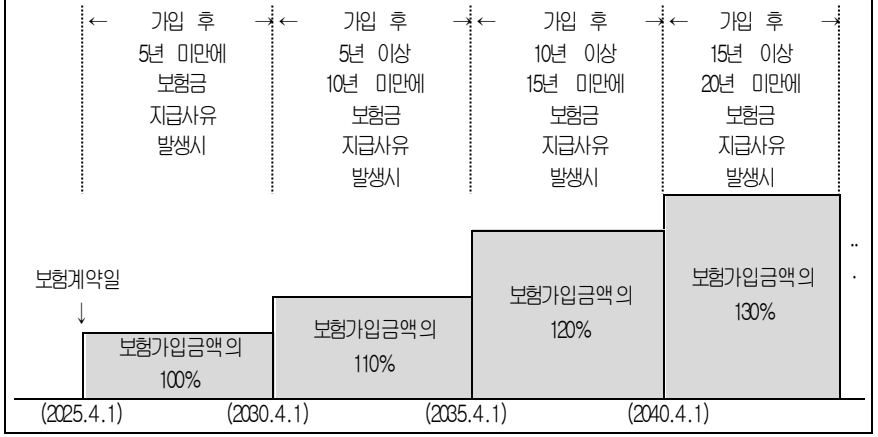
⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계

속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시안내>

[지급기준 금액]
(예시기준)
· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일
· 1일당 간병인 사용시간 8시간 이상 해당시



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병

4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-14. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 입원 간병인 사용일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)

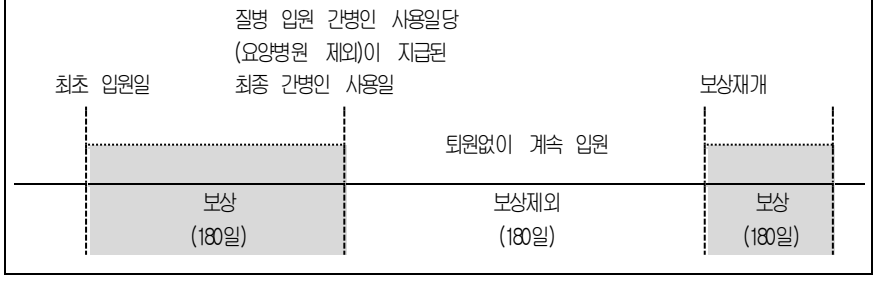
③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시안내>

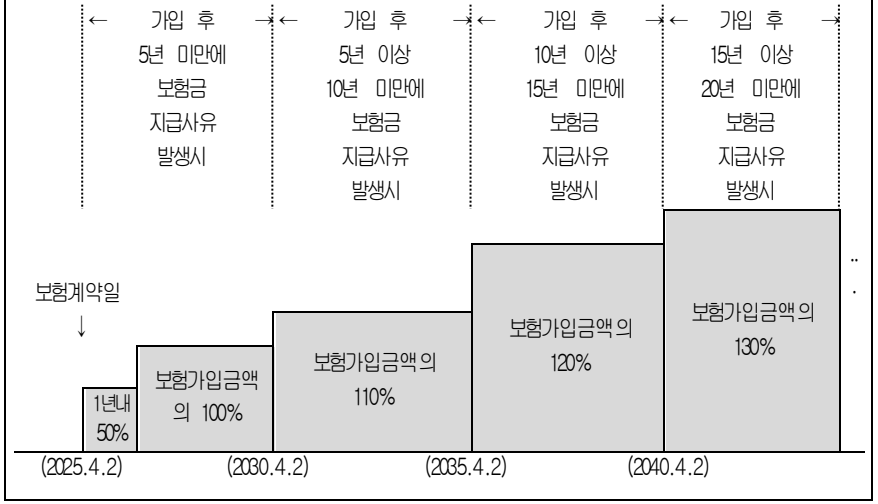
[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 2일

· 1일당 간병인 사용시간 8시간 이상 해당시

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조

7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-15. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
질병 입원 간병인 사용일당 (요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

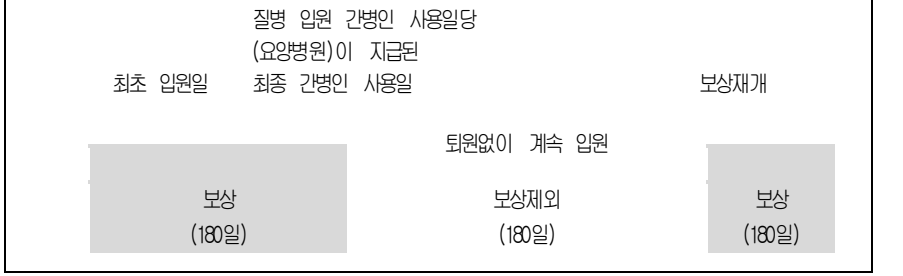
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간 예시]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

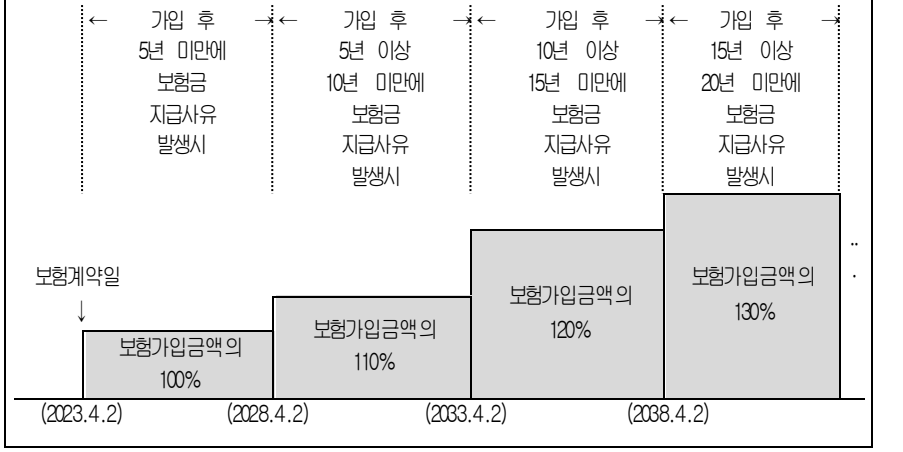
⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일



⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>
[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>
[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자

2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-16. (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

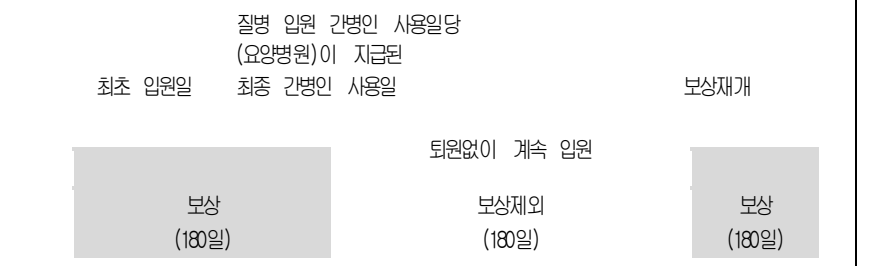
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간 예시]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

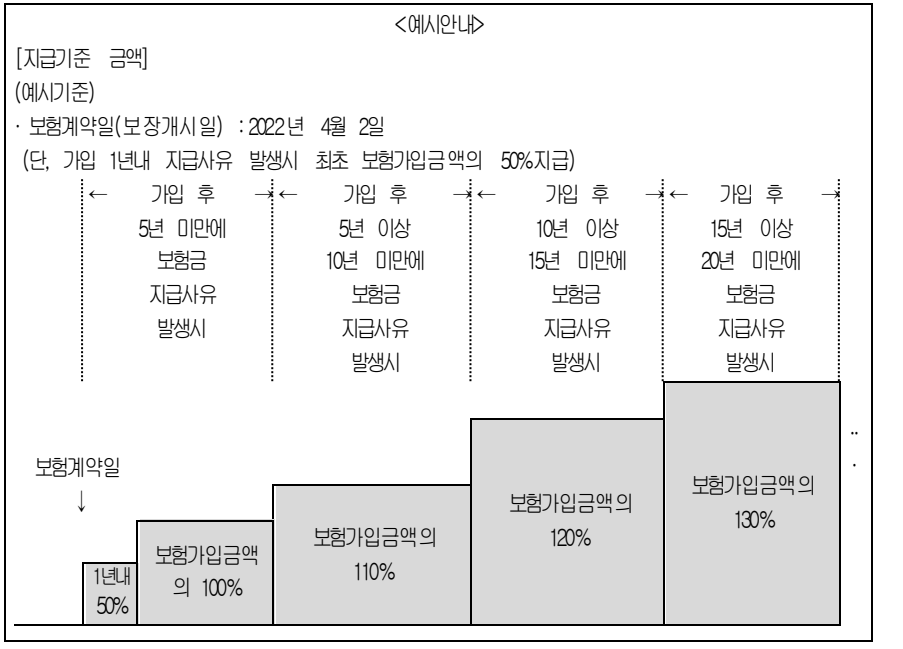
<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 2일

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 최초 보험가입금액의 50%지급)



(2022.4.2)	(2027.4.2)	(2032.4.2)	(2037.4.2)

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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 거래

방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-17. (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

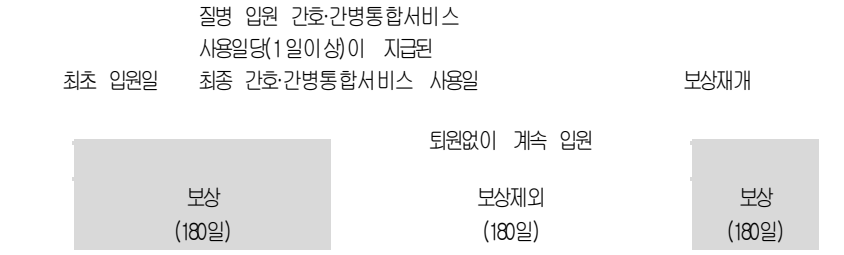
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

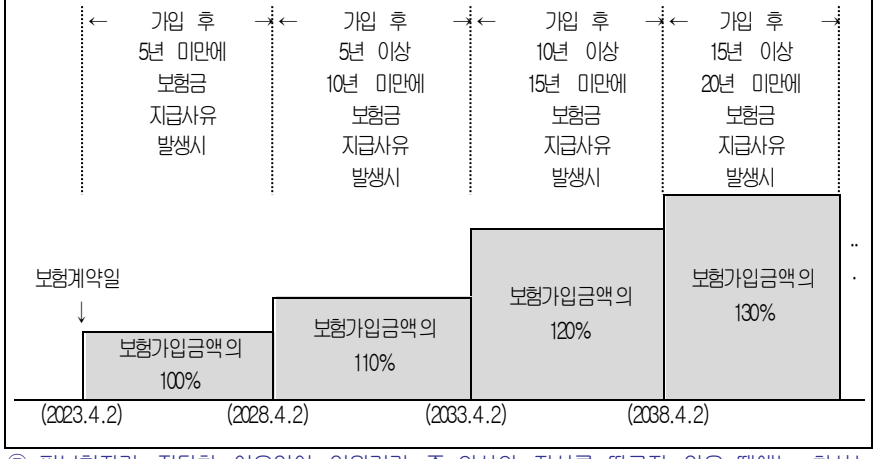
⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일



⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의

보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-18. (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구 분	1일당 지급금액	
	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

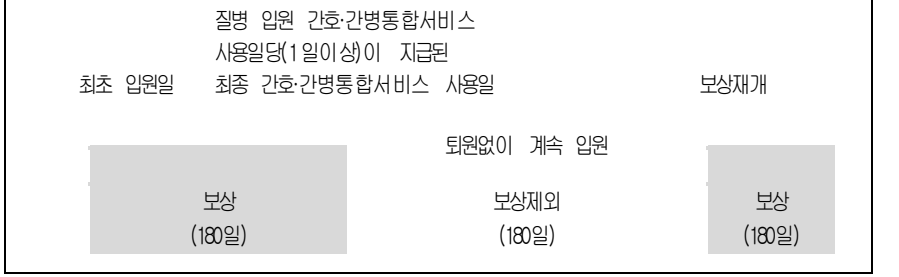
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

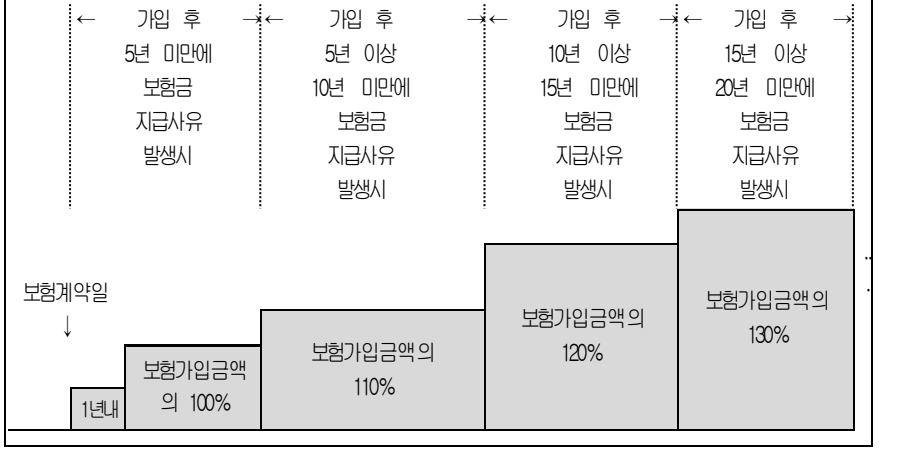
<예시안내>

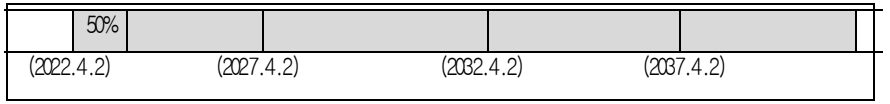
[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 2일

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 최초 보험가입금액의 50%지급)





⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-19. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

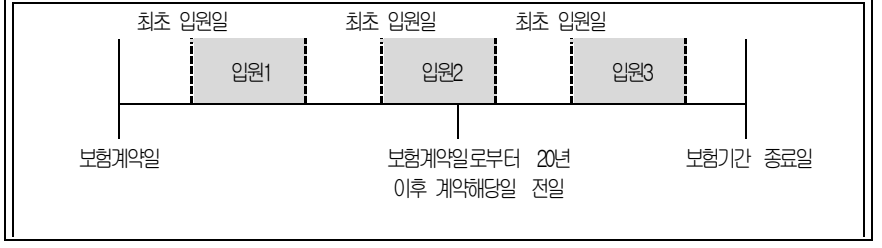
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구분	1일당 지급금액	
	가입후 20년미만	가입후 20년이상
질병 입원 간병인 사용일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 보험금 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
* 입원1, 입원2
- 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우: 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3
- 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우: 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

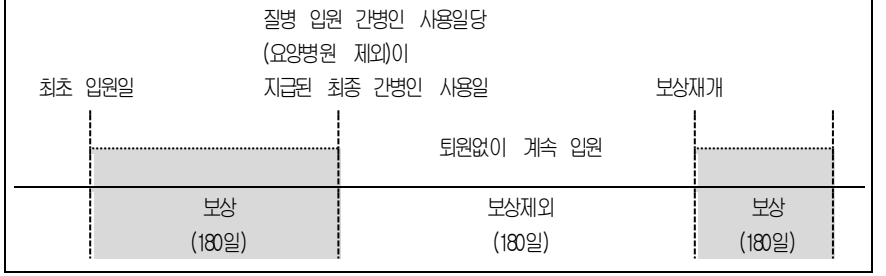
③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하

여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

4. 정상분만, 치과질환

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-20. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

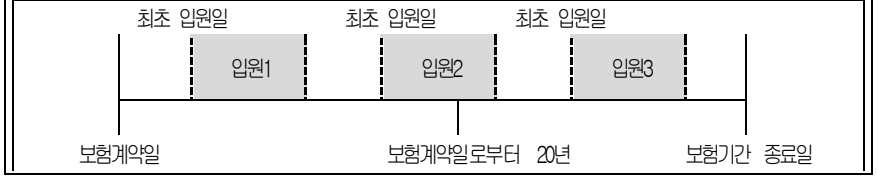
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구분	1일당 지급금액		
	가입후 1년미만	가입후 1년 이상 20년 미만	가입후 20년 이상
질병 입원 간병인 사용일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 보험금 지급 예시]



이후 계약해당일 전일

* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)
* 입원1, 입원2
- 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우: 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3
- 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우: 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액
: 10만원 X 4일 = 40만원 지급
(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)

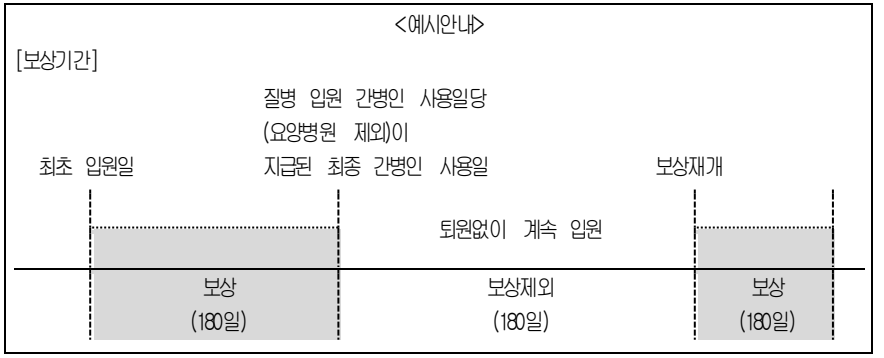
③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이

계속 입원중인 경우에는「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지

아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-21. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

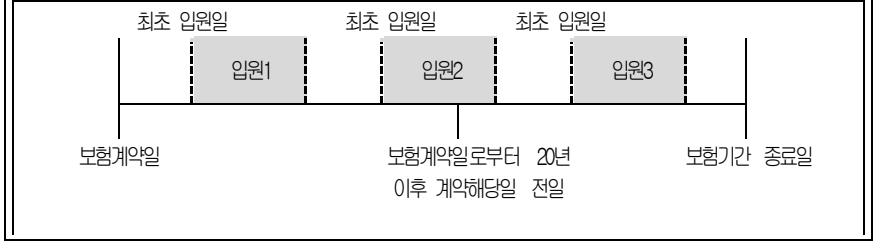
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액	
	가입후 20년미만	가입후 20년이상
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[(체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 보험금 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
* 입원1, 입원2 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

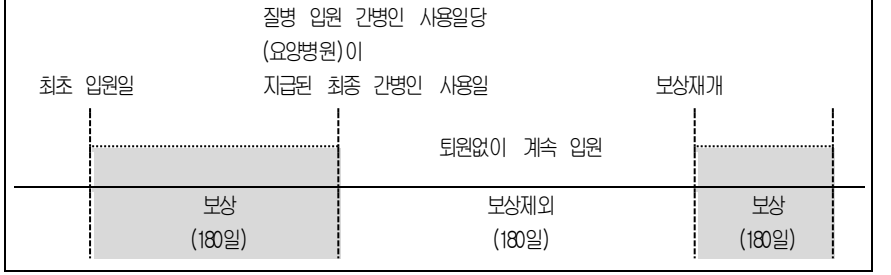
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

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

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)
이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)
① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)
이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>
[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>
[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되

는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-22. (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

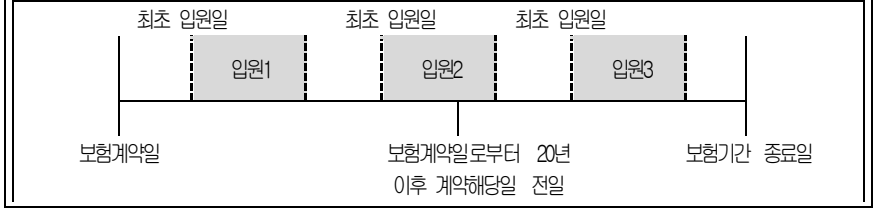
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구 분	1일당 지급금액		
	가입후 1년미만	가입후 1년이상 20년미만	가입후 20년이상
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[(체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 보험금 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 감액 지급)
* 입원1, 입원2 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

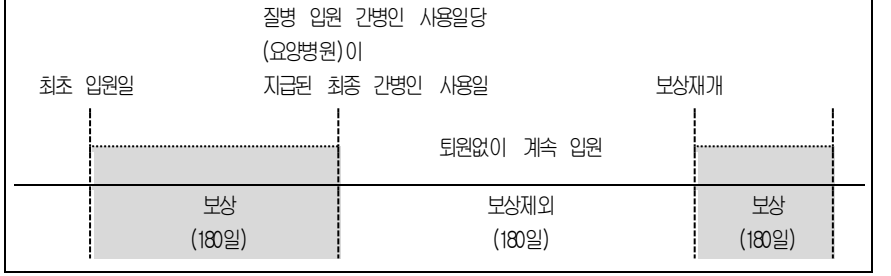
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>
[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>
[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자

2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-1-23. (체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

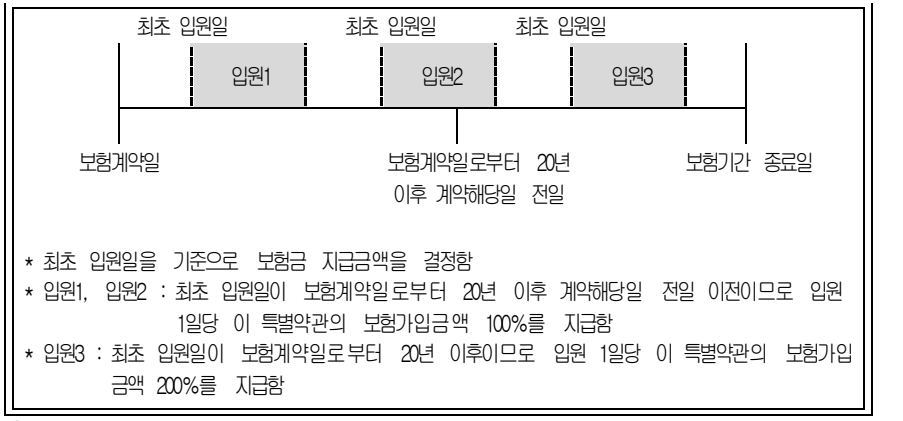
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배) 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액	
	가입후 20년미만	가입후 20년이상
질병 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[(체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 보험금 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
* 입원1, 입원2 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

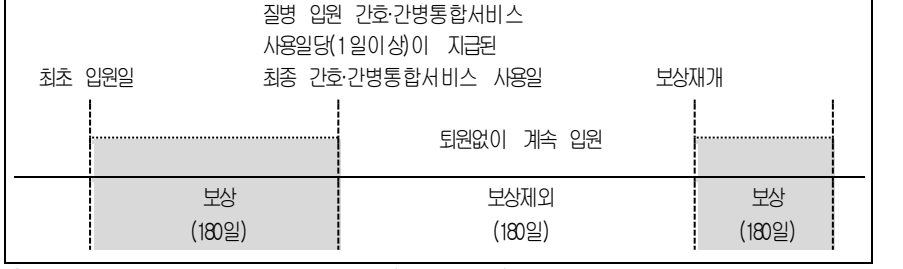
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험

기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따

른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다..

14-1-24. (체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

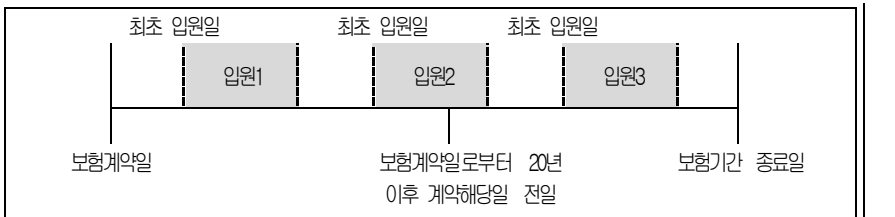
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구 분	1일당 지급금액		
	가입후 1년미만	가입후 1년이상 20년미만	가입후 20년이상
질병 입원 간호·간병 통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[(체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 보험금 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 감액 지급)
* 입원1, 입원2 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

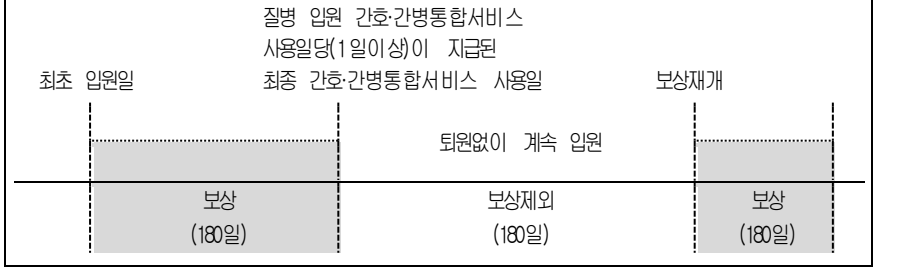
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따

른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2. 상해 관련 특별약관

14-2-1. 상해 입원 간병인 사용일당(1일 이상(8시간 이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업

자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우

2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-2. 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조

7. 피부 위생관리

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-3. 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하

는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑬ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되

는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-4. 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액을 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원

활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-5. 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액을 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-6. 상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 그 상해의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 2일이상 계속 입원하여 1~5종 수술분류표([별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병) 참조)에서 정한 수술 중 3~5종 수술(이하 「상해 입원 3~5종 수술」이라 합니다) 을 동반한 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 최초 수술일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(이하 「상해 특정수술 간병인 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하며, 당일입원하여 수술하는 경우는 보상하지 않습니다.

② 제1항에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 수술 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 하나의 수술 이상이 상해 입원 3~5종 수술에 해당되는 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 특정수술 간병인 사용일당을 지급합니다.

<예시안내>

[예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 2일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

[예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 11일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후4시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	8시간	24시간	5시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	X	O	O

→ 4월 10일의 경우 수술일 이전이므로 보험금을 지급하지 않음

→ 4월 12일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 3일 = 15만원 지급

⑥ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑦ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑧ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑩ 제1항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 간병인 사용기간 중 다른 상해의 직접적인 치료를 목적으로 상해 입원 3~5종 수술을 받은 경우, 그날을 최초 수술일로 보아 상해특정수술 간병인 사용일당의 지급일수 30일 한도를 적용합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병)에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비

용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호 · 간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호 · 간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호 · 간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호 · 간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계

약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-7. (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구분	1일당 지급금액
상해 입원 간병인 사용일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

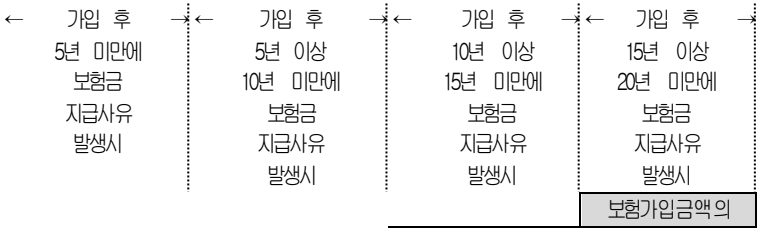
<예시안내>

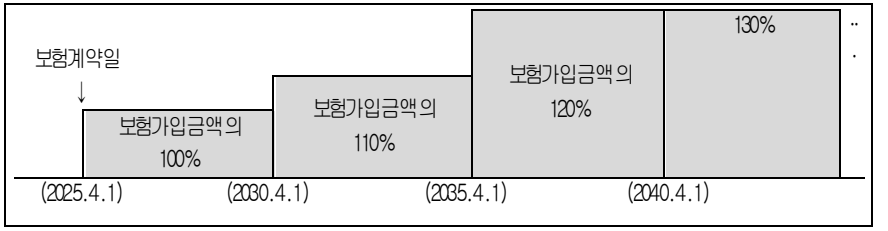
[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일

· 1일당 간병인 사용시간 8시간 이상 해당시





⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험

자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-8. (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 100%을 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

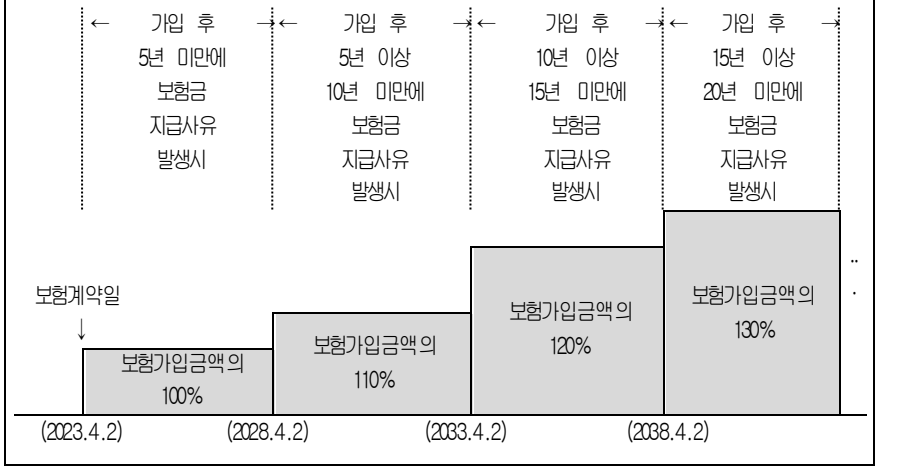
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일



⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의

면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경

된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-9. (체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
상해 입원 간호·간병 통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

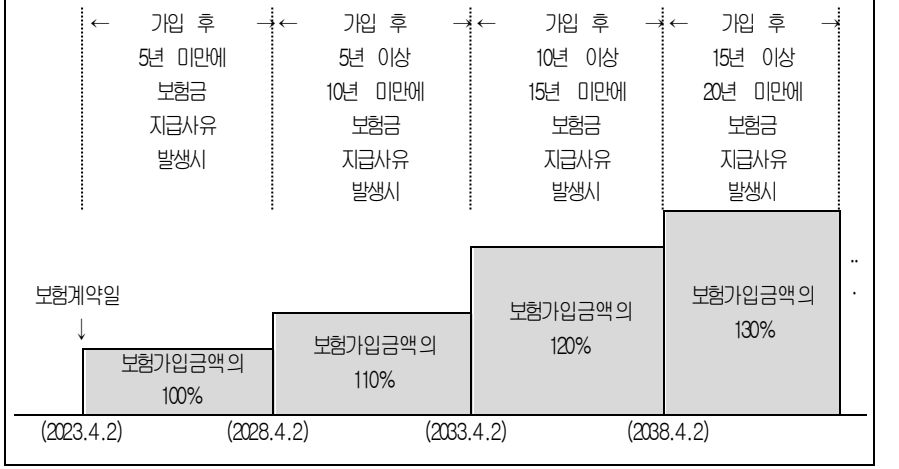
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일



<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로

서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특

별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-10. (체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

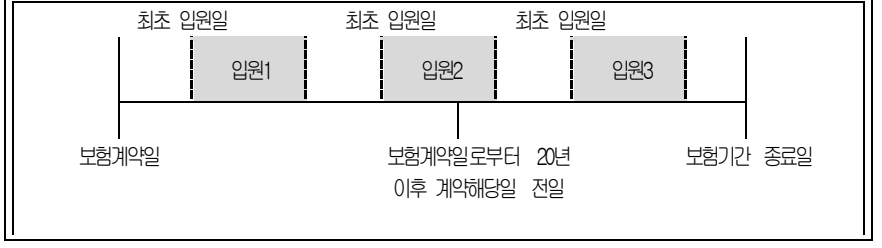
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구분	1일당 지급금액	
	가입후 20년미만	가입후 20년이상
(체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[(체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
* 입원1, 입원2
- 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우: 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3
- 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우: 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외) 내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-11. (체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

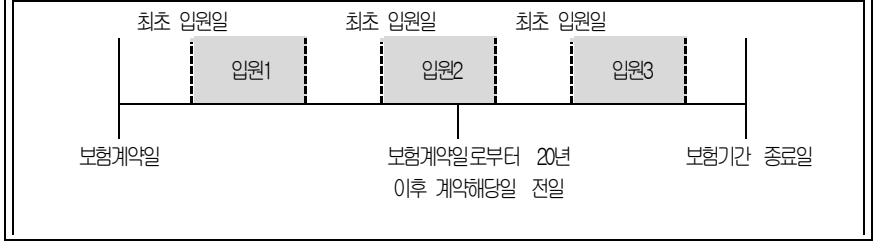
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액	
	가입후 20년미만	가입후 20년이상
상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[(체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 보험금 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
* 입원1, 입원2 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의

면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경

된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

14-2-12. (체증형,20년후2배)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

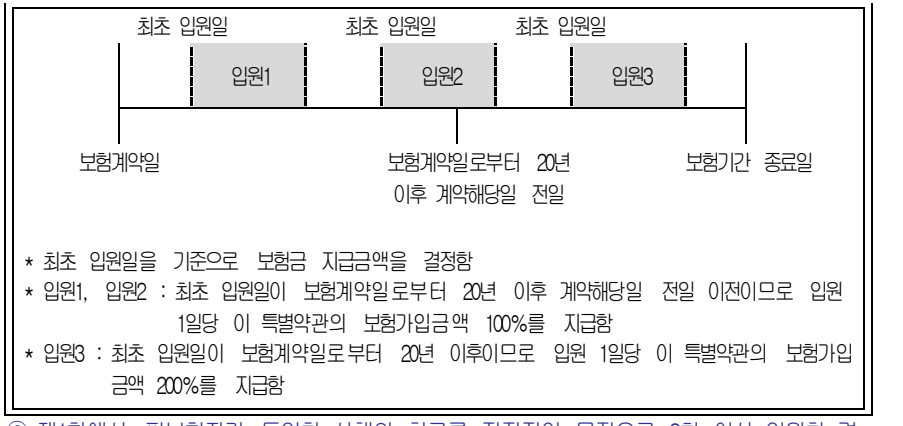
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형,20년후2배)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액	
	가입후 20년미만	가입후 20년이상
상해 입원 간호·간병통합 서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 200%

<예시안내>

[(체증형,20년후2배)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 보험금 지급 예시]



* 최초 입원일을 기준으로 보험금 지급금액을 결정함
* 입원1, 입원2 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후 계약해당일 전일 이전이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 100%를 지급함
* 입원3 : 최초 입원일이 보험계약일로부터 20년 이후이므로 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액 200%를 지급함

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용

변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

15.[갱신형] 무배당 간병인 사용일당 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

15-1. 질병 관련 특별약관

15-1-1. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

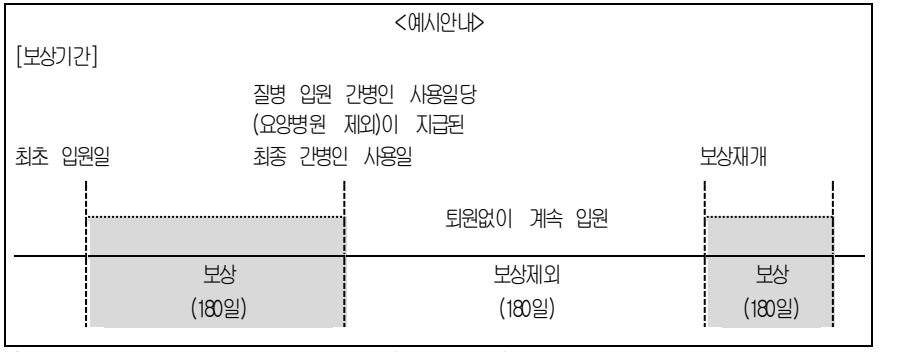
: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서

비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-2. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액		
	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

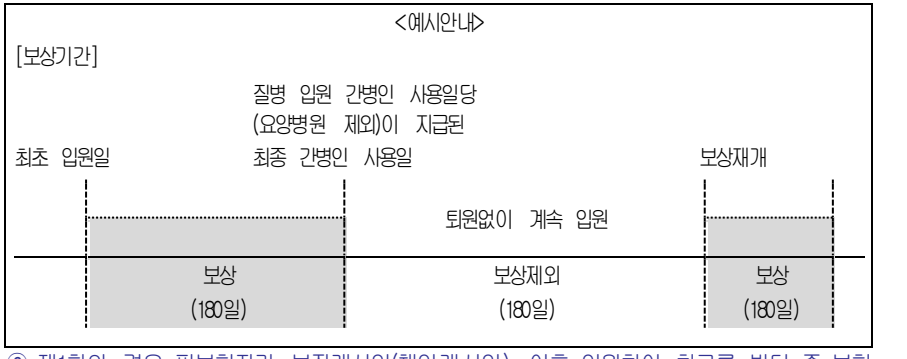
(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험

기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-3. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

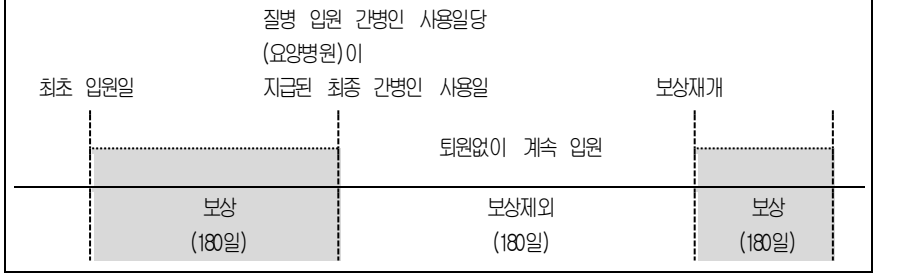
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-4. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

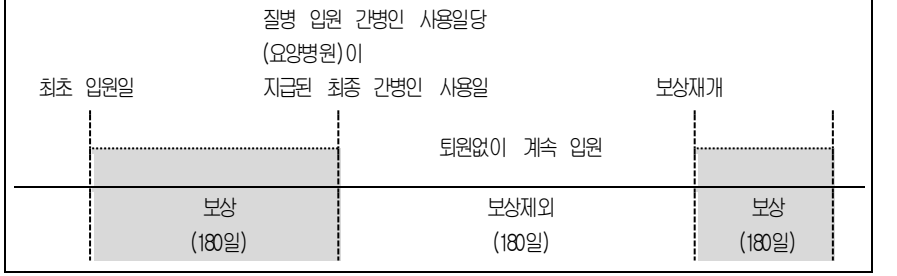
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-5. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

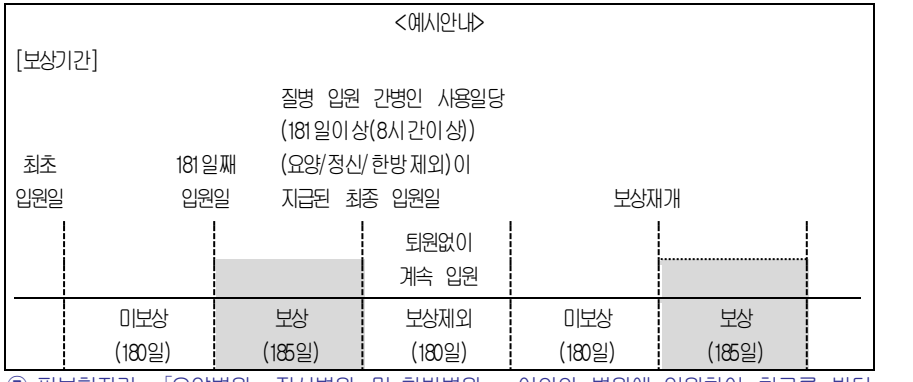
③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8

시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑪ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑭ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하

여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-6. [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

지급기준	1일당 지급금액		
	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외, 1년감액)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액) 지급금액 : 5만원 X 4일 = 20만원 지급

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)

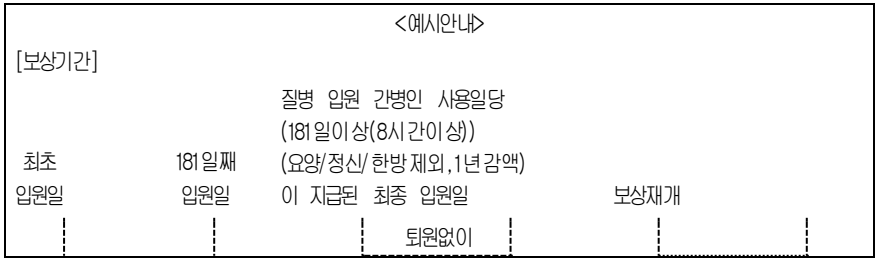
③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

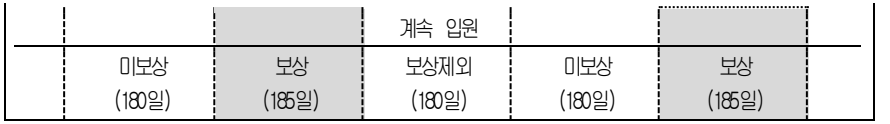
④ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>





⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑪ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑭ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정

4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-7. [갱신형] 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 가입금액을 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

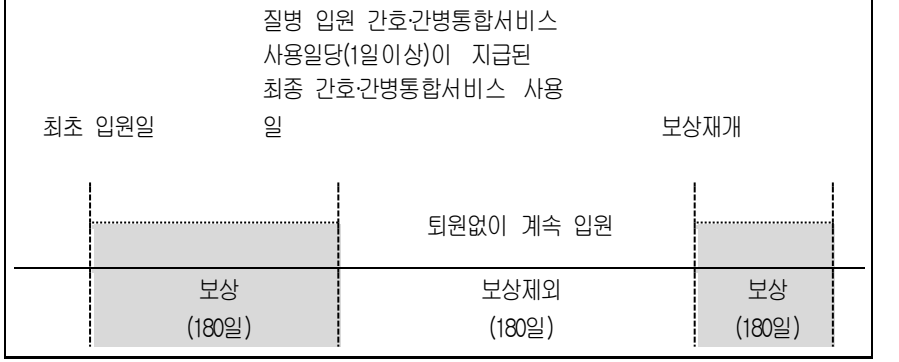
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호 · 간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특

별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-8. [갱신형] 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병입원 간호· 간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

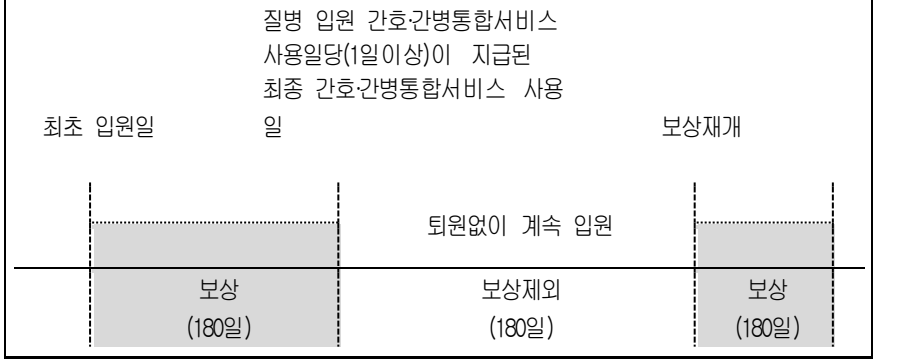
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경

우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호 · 간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호 · 간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특

별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-9. [갱신형] 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상, 요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

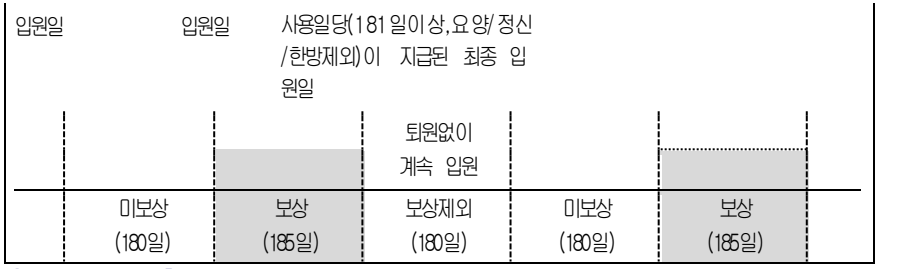
④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]

최초	181일째	질병입원간호간병통합서비스	보상재개



⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는

전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-10. [갱신형] 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상, 요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

(최초 입원일 기준) 구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병입원 간호· 간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

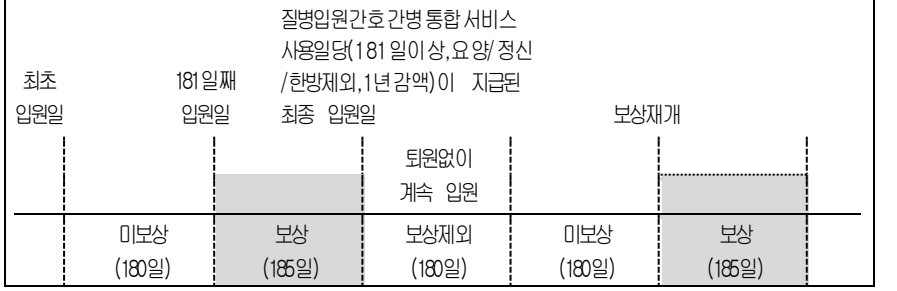
② 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액)을 지급합니다.

⑩ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는

보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합

니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-11. [갱신형] 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 2일이상 계속 입원하여 1~5종 수술분류표([별표-상해관련22]1~5종 수술 분류표(간병)참조)에서 정한 수술 중 3~5종 수술(이하「질병 입원 3~5종 수술」이라 합니다)을 동반한 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 최초 수술일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(이하 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하며, 당일입원하여 수술하는 경우는 보상하지 않습니다.

② 제1항에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 수술 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 하나의 수술 이상이 질병 입원 3~5종 수술에 해당되는 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 특정수술 간병인 사용일당을 지급합니다.

<예시안내>

[예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 2일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

[예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 11일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후4시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	8시간	24시간	5시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	X	O	O

→ 4월 10일의 경우 수술일 이전이므로 보험금을 지급하지 않음

→ 4월 12일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

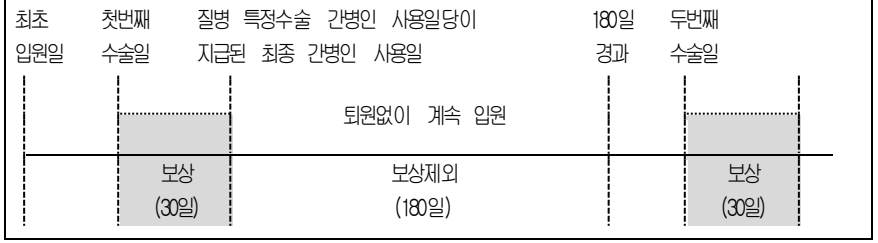
: 5만원 X 3일 = 15만원 지급

⑥ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑦ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주하며, 새로운 입원일 이후 동일한 질병으로 「질병 입원 3~5종

수술」을 받은 경우에는 해당 수술일로부터 간병인 사용 1일당 「질병 특정수술 간병인 사용일당」을 지급합니다. 다만 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑧ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑨ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 제1항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 간병인 사용기간 중 다른 질병의 직접적인 치료를 목적으로 질병 입원 3~5종 수술을 받은 경우, 그날을 최초 수술일로 보아 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수 30일 한도를 적용합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련22]1~5종 수술 분류표(간병)에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.
1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호 · 간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호 · 간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2

에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일

지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-12. [갱신형] 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 2일이상 계속 입원하여 1~5종 수술분류표([별표-상해관련22]1~5종 수술 분류표(간병)참조)에서 정한 수술 중 3~5종 수술(이하「질병 입원 3~5종 수술」이라 합니다)을 동반한 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 최초 수술일로부터 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%)(이하 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하며, 당일입원하여 수술하는 경우는 보상하지 않습니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 특정수술 간병인 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 수술 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 하나의 수술 이상이 질병 입원 3~5종 수술에 해당되는 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 특정수술 간병인 사용일당을 지급합니다.

<예시안내>

[예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 2일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50%지급)

[예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 11일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후4시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	8시간	24시간	5시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	X	O	O

→ 4월 10일의 경우 수술일 이전이므로 보험금을 지급하지 않음

→ 4월 12일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 3일 = 15만원 지급

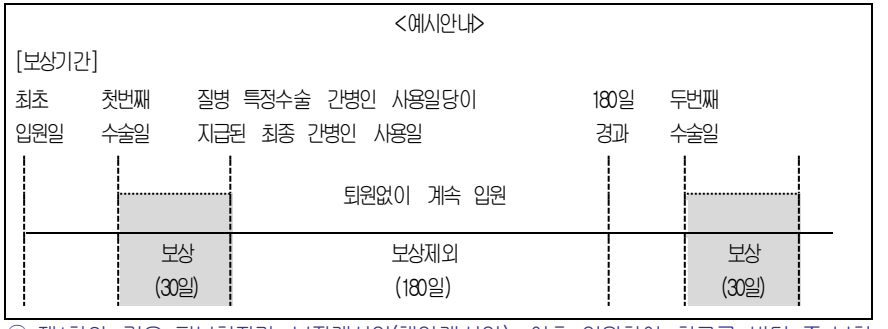
(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50%지급)

⑥ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑦ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도「질병 특정수술 간병인 사용일

당」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주하며, 새로운 입원일 이후 동일한 질병으로 「질병 입원 3~5종 수술」을 받은 경우에는 해당 수술일로부터 간병인 사용 1일당 「질병 특정수술 간병인 사용일당」을 지급합니다. 다만 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 특정수술 간병인 사용일당」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑧ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑨ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 제1항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 간병인 사용기간 중 다른 질병의 직접적인 치료를 목적으로 질병 입원 3~5종 수술을 받은 경우, 그날을 최초 수술일로 보아 질병 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수 30일 한도를 적용합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병)에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.
1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호 · 간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호 · 간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방

병원 및 종합병원을 말한다.
③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험

자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-13. [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

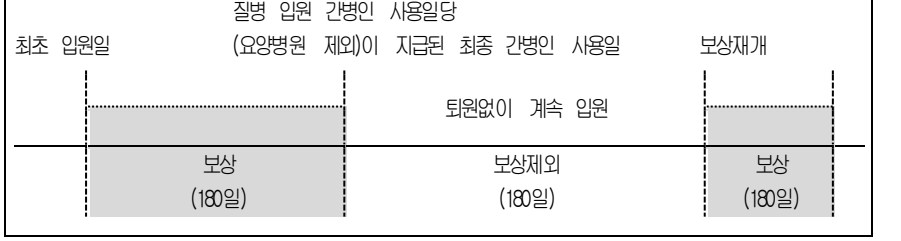
: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계

속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

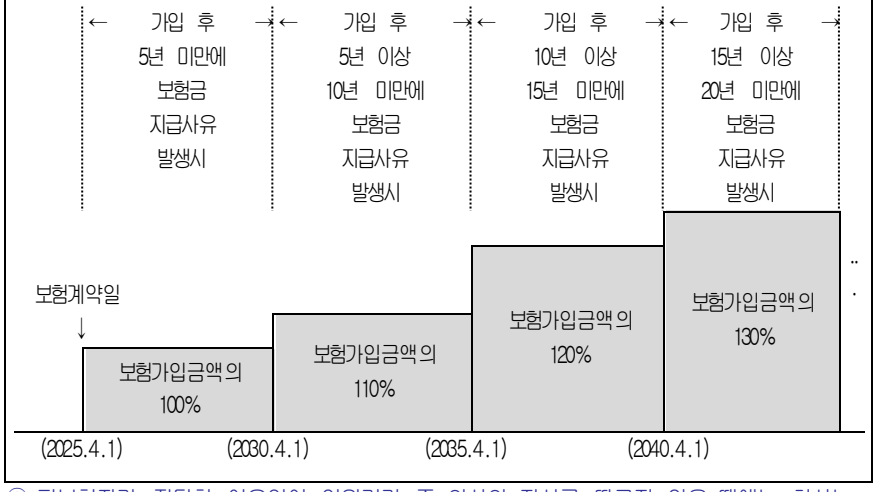
<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일

· 1일당 간병인 사용시간 8시간 이상 해당시



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제

공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실

3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-14. [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%)(이하 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액		
	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)

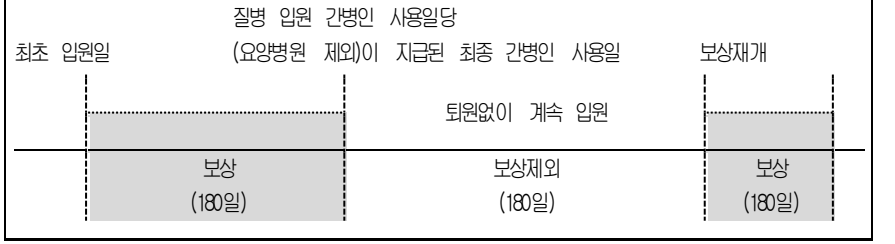
③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험

기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

<예시안내>

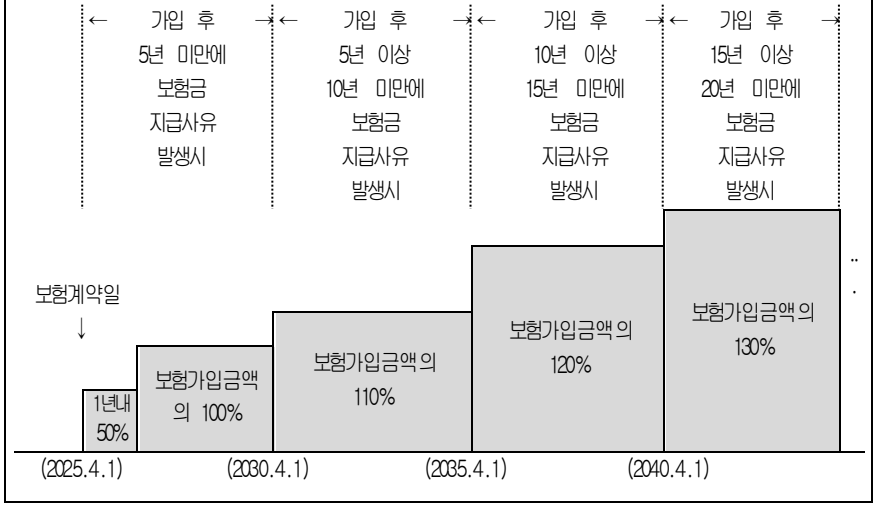
[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일

· 1일당 간병인 사용시간 8시간 이상 해당시

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 50% 지급)



⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-15. [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
질병 입원 간병인 사용일당 (요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

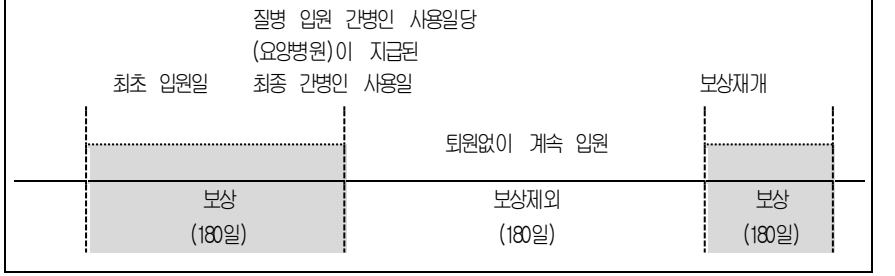
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간 예시]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

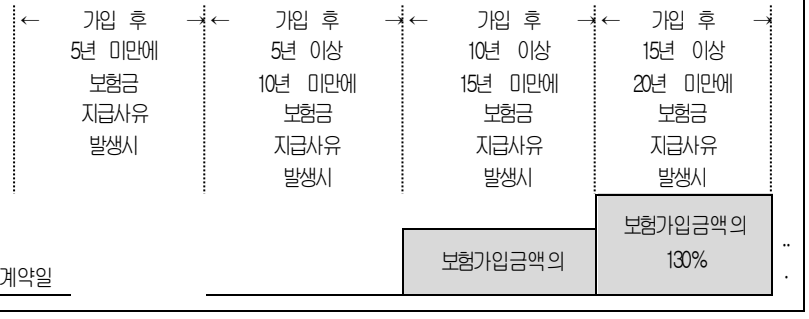
⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

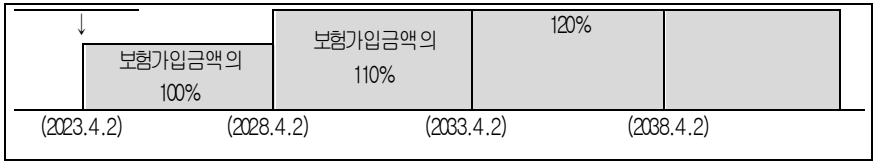
<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일





⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]
① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명

이 담겨있어야 합니다)

6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-16. [갱신형](체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구 분	1일당 지급금액		
	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

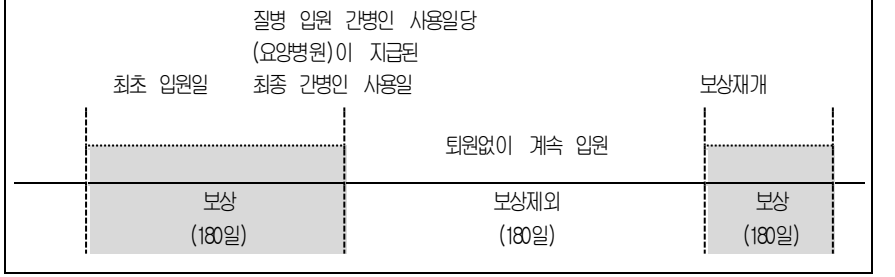
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간 예시]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

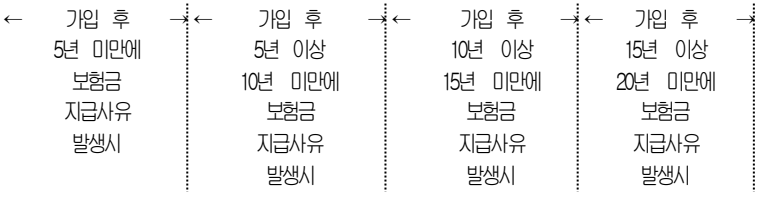
⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

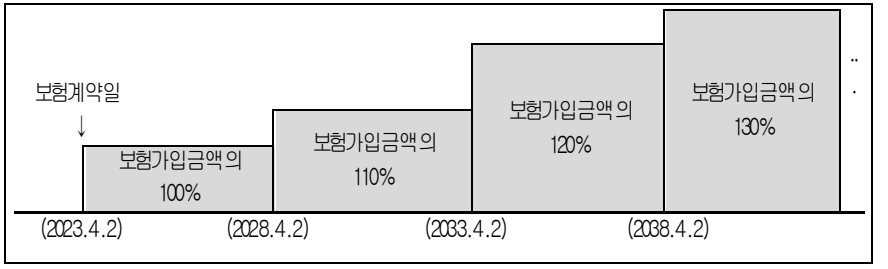
<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일





⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (요양병원의 정의)
이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)
이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)
① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.
1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)
이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>
[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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 거래

방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-17. [갱신형](체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

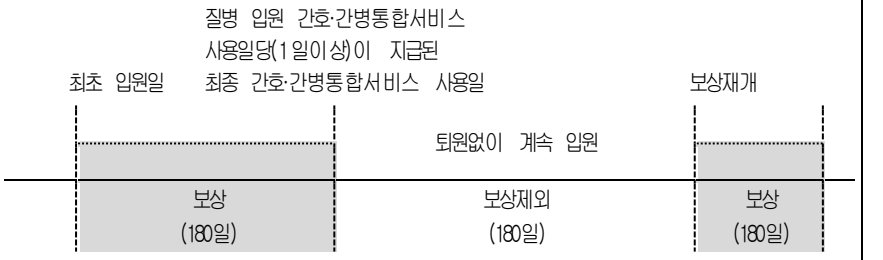
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

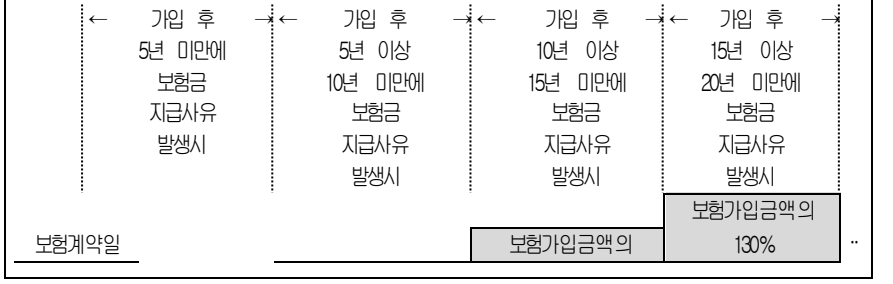
⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

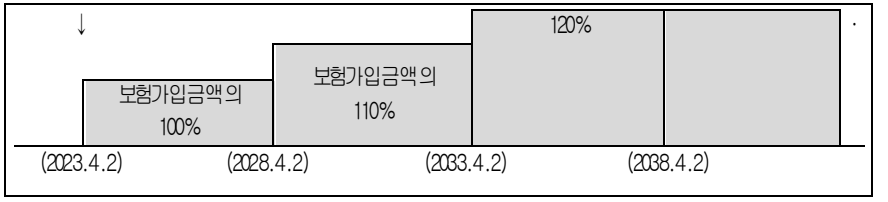
<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일





<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합

니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-18. [갱신형](체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%)(이하 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구 분	1일당 지급금액		
	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

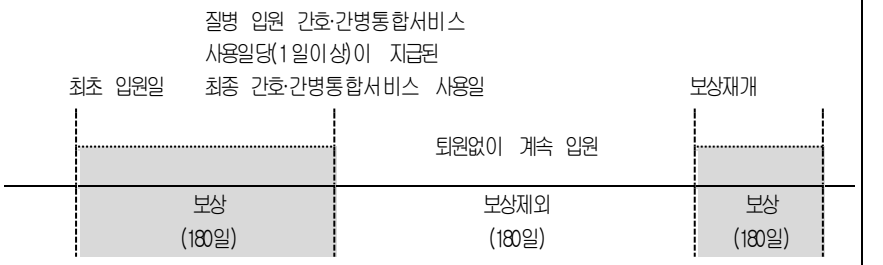
② 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)」이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다

<예시안내>

[보상기간]



⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

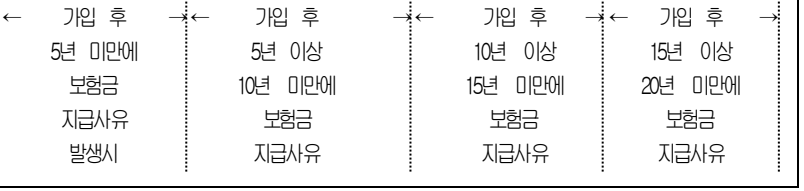
<예시안내>

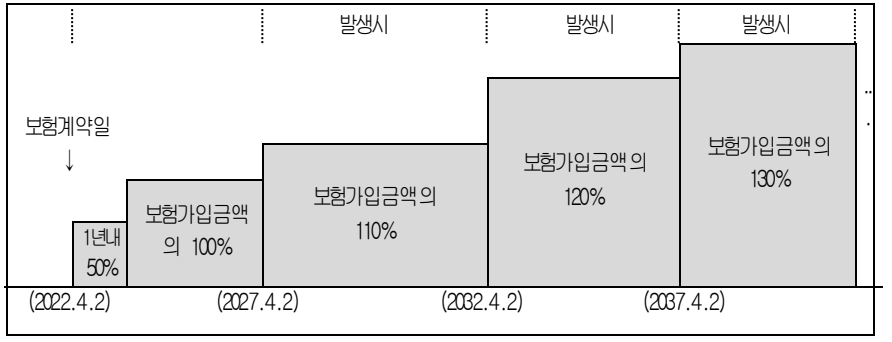
[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2022년 4월 2일

(단, 가입 1년내 지급사유 발생시 최초 보험가입금액의 50%지급)





<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따

른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-19. [갱신형]질병 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 [갱신형]질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)(이하 「질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 지원 받기 원하여 회사에 신청할 경우 보험수익자에게 간병인을 지원하여 드리며, 이 때 제1항의 질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)은 지급하지 않습니다. 이 경우 특별약관 일반사항 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다.

③ 제2항에 따라 간병인을 신청했음에도 불구하고 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 실제 고객이 선택하여 실질적으로 간병서비스를 이용하여 발생한 간병인 사용비용을 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)으로 지급합니다.

⑤ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병 통합서비스를 사용한 경우에는 제2항의 간병인지원 및 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)으로 지급합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말하며, 1일당 간병인지원비용에 간병인 사용일수를 곱한 총 금액으로 합니다. 1일당 간병인지원비용은 매 사업연도 종료일까지 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsungfire.com)「공시실」의 「상품공시」 내 「현물급부공시」에서 확인할 수 있습니다.

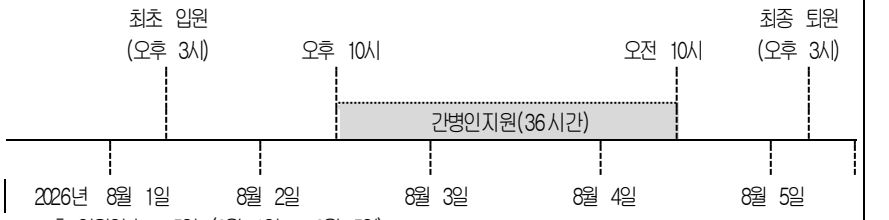
제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 지급일수, 간병인의 지원일수 또는 간병인 사용일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이 때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

<예시안내>

[보상기간]



→ 총 입원일수 : 5일 (8월 1일 ~ 8월 5일)

→ 간병인지원일수 : 2일 (36시간)

→ 질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외) 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

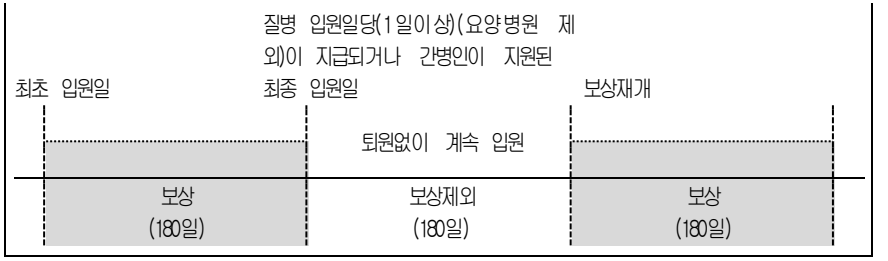
④ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「질병 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑦ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 간병인 사용비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 간병인이 지원된 이후 제8항, 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제3항 또는 특별약관 일반사항 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 간병인 사용비용에 대하여 반환하여야하는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도 이내로 합니다.

⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 내지 제3항의 간병인을 지원받기 위해서는 간병인 지원을 원하는 시점으로부터 최소 24시간 이전에 신청하여야 합니다. 다만, 간병인 신청 시점이 아래 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 간병인을 지원받기 까지 최대 48시간이 소요될 수 있습니다.

1. 영업일 영업시간(9시~18시) 이외의 시간에 신청한 경우
2. 토요일, 일요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일에 신청한 경우

⑫ 제11조(특별약관의 전환) 제1항에서 정한 사유로 간병인지원을 더 이상 할 수 없는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 간병인 사용비용을 지급하지 않고, 제11조(특별약관의 전환)에 따라 전환하여 드립니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항

2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 이용한 간병인 비용 상당액 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제9조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.
1. 간병인 사용시간, 사용기간 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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조 (특별약관의 전환)

① 회사는 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우, 아래와 같이 전환하여 드립니다.

전환 전 특별약관	전환 후 특별약관
[갱신형]질병 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관	[갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관

② 제1항에 따라 특별약관이 전환될 경우 이 계약은 제12조(특별약관의 소멸) 제2항에 의하여 소멸되며, 전환 후 특별약관의 보장개시일은 전환일, 보험기간 종료일은 전환 전 특별약관의 보험 종료일을 따릅니다.

③ 회사는 제1항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 지체없이 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 전환일, 전환 절차 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 계약자가 전환을 원하지 않는 경우 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 하며, 계약자가 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 자동 전환되는 것으로 합니다.

⑤ 제1항에 따라 전환하는 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험

료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 회사가 정하는 기준에 따라 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일부터 지급일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제11조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 간병인지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 전환시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제13조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-20. [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관

이 특별약관은 [갱신형]질병 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 제11조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원
· 입원기간 및 간병인 사용일 예시
  - 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
  - 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

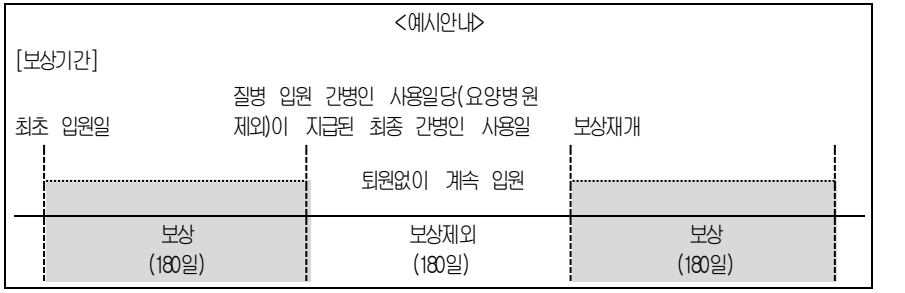
· 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액
: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑩ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원,

한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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 실

제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-21. [갱신형]질병 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 [갱신형]질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)(이하 「질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)」라 합니다) 으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 지원 받기 원하여 회사에 신청할 경우 보험수익자에게 간병인을 지원하여 드리며, 이 때 제1항의 질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)은 지급하지 않습니다. 이 경우 특별약관 일반사항 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다.

③ 제2항에 따라 간병인을 신청했음에도 불구하고 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 실제 고객이 선택하여 실질적으로 간병서비스를 이용하여 발생한 간병인 사용비용을 제7항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

④ 제1항의 질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)의 지급일수 또는 제2항의 간병인의 지원일수는 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)으로 지급합니다.

⑥ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병 통합서비스를 사용한 경우에는 제2항의 간병인지원 및 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)으로 지급합니다.

⑦ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말하며, 1일당 간병인지원비용에 간병인 사용일수를 곱한 총 금액으로 합니다. 1일당 간병인지원비용은 매 사업연도 종료일까지 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsungfire.com)「공시실」의 「상품공시」 내 「현물급부공시」에서 확인할 수 있습니다.

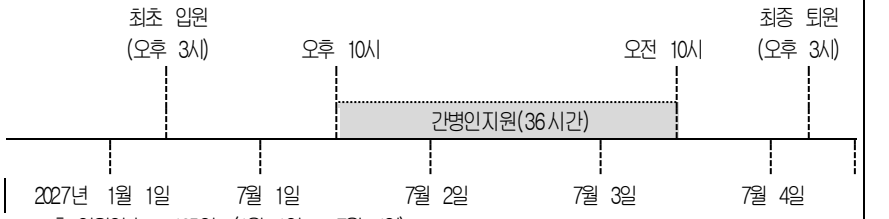
제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)의 지급일수, 간병인의 지원일수 또는 간병인 사용일수의 합계는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이 때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

<예시안내>

[보상기간]



→ 총 입원일수 : 185일 (1월 1일 ~ 7월 4일)
→ 6월 30일이 181일째 입원일이므로 6월 30일 이후부터 보장
→ 간병인지원일수 : 2일 (36시간)
→ 질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외) 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일을 초과하여 185일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

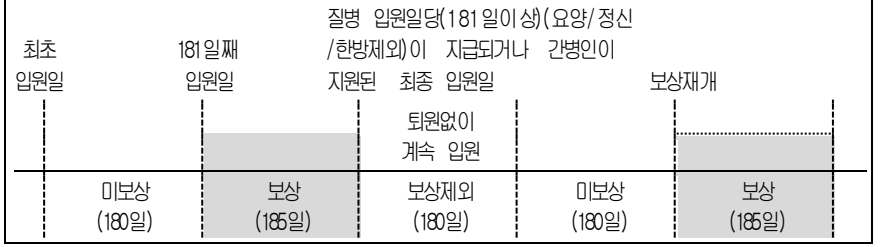
⑤ 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 「질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)」이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 「질병 입원일

당(181일이상)(요양/정신/한방제외)」이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는「질병 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)」이 지급되거나 간병인이 지원된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 제4조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑨ 피보험자가 제4조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑩ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑪ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 간병인 사용비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑭ 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 간병인이 지원된 이후 제12항, 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제3항 또는 특별약관 일반사항 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 간병인 사용비용에 대하여 반환하여야하는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도 이내로 합니다.

⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 내지 제3항의 간병인을 지원받기 위해서는 간병인 지원을 원하는 시점으로부터 최소 24시간 이전에 신청하여야 합니다. 다만, 간병인 신청 시점이 아래 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 간병인을 지원받기 까지 최대 48시간이 소요될 수 있습니다.

1. 영업일 영업시간(9시~18시) 이외의 시간에 신청한 경우
2. 토요일, 일요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일에 신청한 경우

⑯ 제12조(특별약관의 전환) 제1항에서 정한 사유로 간병인지원을 더 이상 할 수 없는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 간병인 사용비용을 지급하지 않고, 제12조(특별약관의 전환)에 따라 전환하여 드립니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에

서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1.「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2.「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 이용한 간병인 비용 상당액 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제10조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제11조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용시간, 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수

증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제12조 (특별약관의 전환)

① 회사는 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우, 아래와 같이 전환하여 드립니다.

전환 전 특별약관	전환 후 특별약관
[갱신형]질병 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 특별약관	[갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상)(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관

② 제1항에 따라 특별약관이 전환될 경우 이 계약은 제13조(특별약관의 소멸) 제2항에 의하여 소멸되며, 전환 후 특별약관의 보장개시일은 전환일, 보험기간 종료일은 전환 전 특별약관의 보험 종료일을 따릅니다.

③ 회사는 제1항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 지체없이 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 전환일, 전환 절차 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 계약자가 전환을 원하지 않는 경우 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 하며, 계약자가 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 자동 전환되는 것으로 합니다.

⑤ 제1항에 따라 전환하는 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 회사가 정하는 기준에 따라 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일부터 지급일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

제13조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제12조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 간병인지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 전환시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-1-22. [갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관

이 특별약관은 [갱신형]질병 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 제12조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 지급금액 : 5만원 X 4일 = 20만원 지급

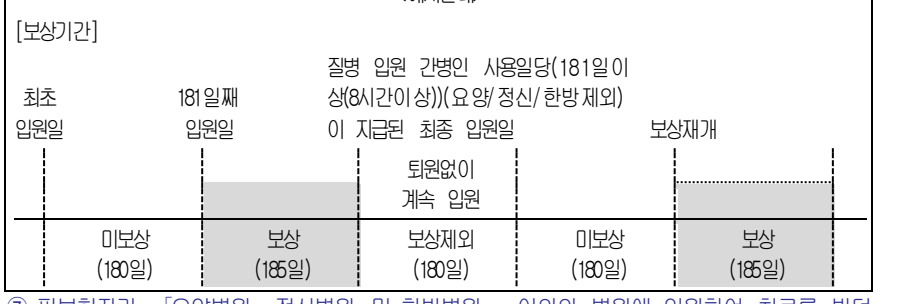
③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항에서 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>



⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하

여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑪ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑫ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑭ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지

아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항
2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 성병
4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제9조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2. 상해 관련 특별약관

15-2-1. [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로

서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제 4 조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-2. [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관 의보험가입금액을 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동

6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-3. [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑬ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비

스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요

하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-4. [갱신형] 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액을 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원

활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-5. [갱신형] 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상, 요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액을 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-6. [갱신형] 상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 그 상해의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 2일이상 계속 입원하여 1~5종 수술분류표([별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병) 참조)에서 정한 수술 중 3~5종 수술(이하 「상해 입원 3~5종 수술」이라 합니다) 을 동반한 치료를 받으며 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 최초 수술일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(이하 「상해 특정수술 간병인 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 특정수술 간병인 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 하며, 당일입원하여 수술하는 경우는 보상하지 않습니다.

② 제1항에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 수술 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 하나의 수술 이상이 상해 입원 3~5종 수술에 해당되는 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.

⑤ 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 특정수술 간병인 사용일당을 지급합니다.

<예시안내>

[예시1]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 2일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

[예시2]

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 1월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 3~5종 수술일 : 2025년 4월 11일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후4시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	8시간	24시간	5시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	X	O	O

→ 4월 10일의 경우 수술일 이전이므로 보험금을 지급하지 않음

→ 4월 12일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 특정수술 간병인 사용일당 지급금액

: 5만원 X 3일 = 15만원 지급

⑥ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑦ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑧ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
⑩ 제1항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따른 간병인 사용기간 중 다른 상해의 직접적인 치료를 목적으로 상해 입원 3~5종 수술을 받은 경우, 그날을 최초 수술일로 보아 상해특정수술 간병인 사용일당의 지급일수 30일 한도를 적용합니다.
② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병)에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비

용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

② 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호 · 간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호 · 간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호 · 간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호 · 간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호 · 간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호 · 간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계

약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-7. [갱신형](체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에 정한 금액을 (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

구분	1일당 지급금액
상해 입원 간병인 사용일당 (요양병원 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 100%을 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

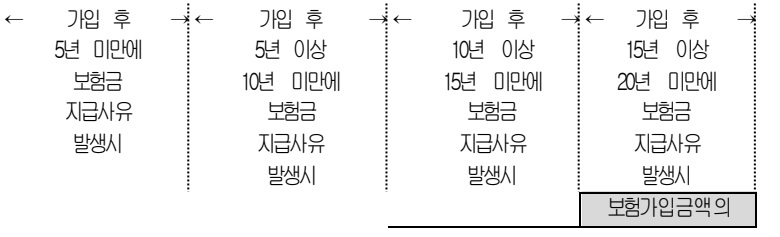
<예시안내>

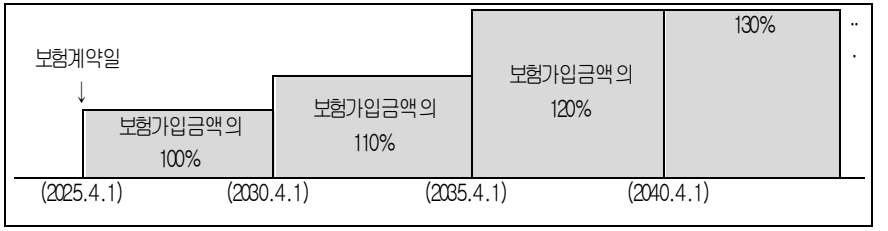
[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일

· 1일당 간병인 사용시간 8시간 이상 해당시





⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제 4 조의 2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙

서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-8. [갱신형](체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
상해 입원 간병인 사용일당(요양병원)	이 특별약관 보험가입금액의 100%을 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

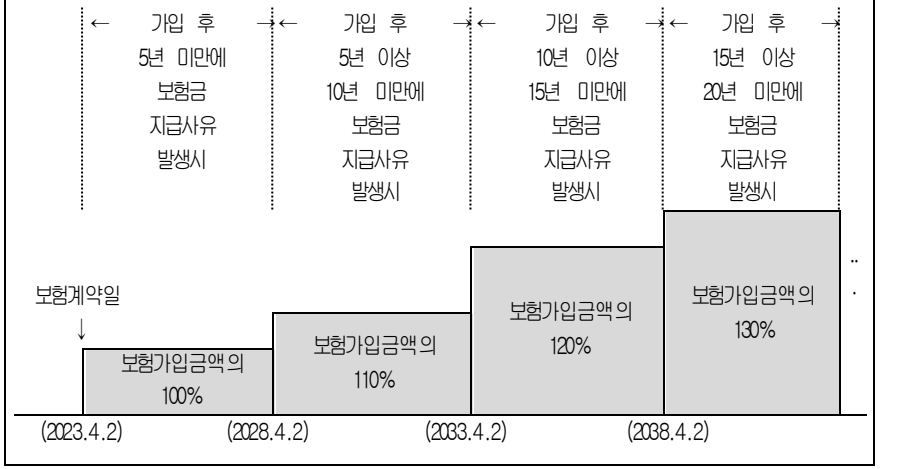
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일



⑧ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 요양병원을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의

면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(요양병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 요양병원내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경

된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-9. [갱신형](체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 사용일 1일당 아래에서 정한 금액을 (체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(이하 「상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 1일당 지급금액은 1회 입원당 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당이 지급된 최초 서비스 사용일을 기준으로 정합니다.

지급기준	1일당 지급금액
상해 입원 간호·간병 통합서비스 사용일당	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

② 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑤ 제1항에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

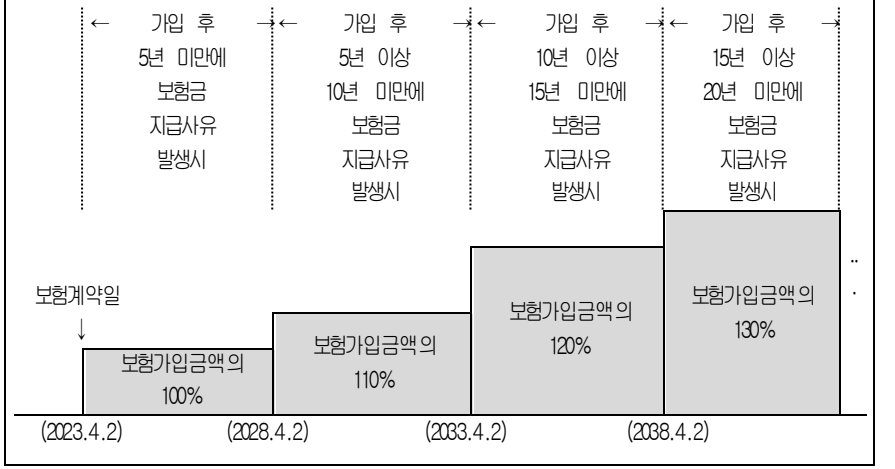
⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<예시안내>

[지급기준 금액]

(예시기준)

· 보험계약일(보장개시일) : 2023년 4월 2일



<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로

서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스가 폐지되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 법령의 개정에 따라 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특

별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

③ 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-10. [갱신형]상해 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 [갱신형]상해 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)(이하 「상해 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)」라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 지원 받기 원하여 회사에 신청할 경우 보험수익자에게 간병인을 지원하여 드리며, 이 때 제1항의 상해 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)은 지급하지 않습니다. 이 경우 특별약관 일반사항 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다.

③ 제2항에 따라 간병인을 신청했음에도 불구하고 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 실제 고객이 선택하여 실질적으로 간병서비스를 이용하여 발생한 간병인 사용비용을 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

④ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 상해 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)으로 지급합니다.

⑤ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병 통합서비스를 사용한 경우에는 제2항의 간병인지원 및 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 상해 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)으로 지급합니다.

⑥ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말하며, 1일당 간병인지원비용에 간병인 사용일수를 곱한 총 금액으로 합니다. 1일당 간병인지원비용은 매 사업연도 종료일까지 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsungfire.com)「공시실」의 「상품공시」 내 「현물급부공시」에서 확인할 수 있습니다.

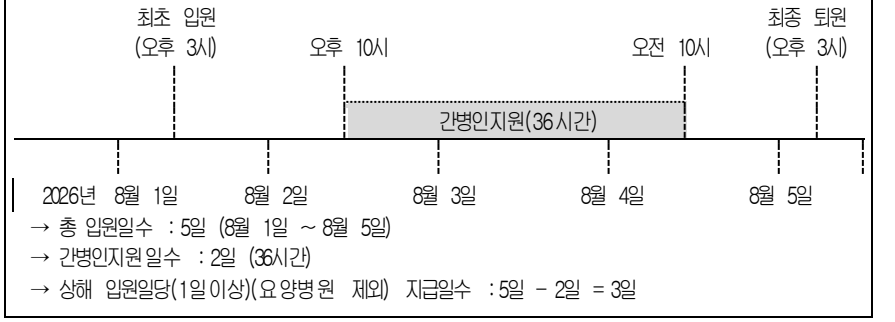
제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 입원일당(1일이상)(요양병원 제외)의 지급일수, 간병인의 지원일수 또는 간병인 사용일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이 때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

<예시안내>

[보상기간]



→ 총 입원일수 : 5일 (8월 1일 ~ 8월 5일)

→ 간병인지원일수 : 2일 (36시간)

→ 상해 입원일당(1일이상)(요양병원 제외) 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 간병인 사용비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 간병인이 지원된 이후 제7항, 제8조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 또는 특별약관 일반사항 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 간병인 사용비용에 대하여 반환하여야하는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도 이내로 합니다.

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 내지 제3항의 간병인을 지원받기 위해서는 간병인 지원을 원하는 시점으로부터 최소 24시간 이전에 신청하여야 합니다. 다만, 간병인 신청 시점이 아래 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 간병인을 지원받기 까지 최대 48시간이 소요될 수 있습니다.

1. 영업일 영업시간(9시~18시) 이외의 시간에 신청한 경우
2. 토요일, 일요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일에 신청한 경우

⑪ 제11조(특별약관의 전환) 제1항에서 정한 사유로 간병인지원을 더 이상 할 수 없는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 간병인 사용비용을 지급하지 않고, 제11조(특별약관의 전환)에 따라 전환하여 드립니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]
① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

② 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 이용한 간병인 비용 상당액 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제9조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

1. 간병인 사용시간, 사용기간 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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

④ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제11조 (특별약관의 전환)

① 회사는 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우, 아래와 같이 전환하여 드립니다.

전환 전 특별약관	전환 후 특별약관
[갱신형]상해 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관	[갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관

② 제1항에 따라 특별약관이 전환될 경우 이 계약은 제12조(특별약관의 소멸) 제2항에 의하여 소멸되며, 전환 후 특별약관의 보장개시일은 전환일, 보험기간 종료일은 전환 전 특별약관의 보험 종료일을 따릅니다.

③ 회사는 제1항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 지체없이 보장내용 및 보험가입 금액 변경내역, 보험료 수준, 전환일, 전환 절차 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 계약자가 전환을 원하지 않는 경우 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 의사를 표시하여야 하며, 계약자가 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 자동 전환되는 것으로 합니다.

⑤ 제1항에 따라 전환하는 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 회사가 정하는 기준에 따라 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일부터 지급일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

② 제11조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 간병인지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 전환시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제13조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-11. [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관

이 특별약관은 [갱신형]상해 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 제11조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 10만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 10일 오후7시 ~ 2025년 4월 14일 오후1시

구분	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14
간병인 사용시간	5시간	24시간	24시간	24시간	13시간
1일 8시간 이상 여부	X	O	O	O	O

→ 4월 10일의 경우 간병인 사용시간이 5시간으로 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(요양병원 제외) 지급금액

: 10만원 X 4일 = 40만원 지급

③ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑥ 제1항에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(요양병원 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(요양병원 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제5조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제6조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-12. [갱신형]상해 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 [갱신형]상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)(이하 「상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)」라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 제6조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 지원 받기 원하여 회사에 신청할 경우 보험수익자에게 간병인을 지원하여 드리며, 이 때 제1항의 상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)은 지급하지 않습니다. 이 경우 특별약관 일반사항 제13조(보험수익자의 지정)에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다.

③ 제2항에 따라 간병인을 신청했음에도 불구하고 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 실제 고객이 선택하여 실질적으로 간병서비스를 이용하여 발생한 간병인 사용비용을 제5항에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급합니다.

④ 제1항의 상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)의 지급일수 또는 제2항의 간병인의 지원일수는 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.

⑤ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)으로 지급합니다.

⑥ 제2항 내지 제3항에도 불구하고 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병 통합서비스를 사용한 경우에는 제2항의 간병인지원 및 제3항의 간병인 사용비용을 지급하지 않고 제1항에서 정한 상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)으로 지급합니다.

⑦ 간병인지원비용이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 비용을 말하며, 1일당 간병인지원비용에 간병인 사용일수를 곱한 총 금액으로 합니다. 1일당 간병인지원비용은 매 사업연도 종료일까지 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsungfire.com)「공시실」의 「상품공시」 내 「현물급부공시」에서 확인할 수 있습니다.

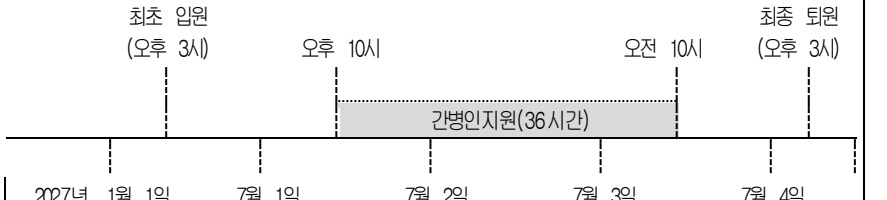
제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외)의 지급일수, 간병인의 지원일수 또는 간병인 사용일수의 합계는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 간병인지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매 24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이 때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.

<예시안내>

[보상기간]



→ 총 입원일수 : 185일 (1월 1일 ~ 7월 4일)
→ 6월 30일이 181일째 입원일이므로 6월 30일 이후부터 보장
→ 간병인지원일수 : 2일 (36시간)
→ 상해 입원일당(181일이상)(요양/정신/한방제외) 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

③ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일을 초과하여 185일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보상합니다.

④ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입

원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑦ 피보험자가 제4조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑧ 피보험자가 제4조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 보험금을 지급하거나 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 간병인을 지원하여 드립니다.

⑩ 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제2항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 간병인 사용비용의 전부 또는 일부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑬ 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 간병인이 지원된 이후 제11항, 제9조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항 또는 특별약관 일반사항 제17조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 간병인 사용비용에 대하여 반환하여야하는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제6항에서 정한 간병인지원비용 한도 이내로 합니다.

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항 내지 제3항의 간병인을 지원받기 위해서는 간병인 지원을 원하는 시점으로부터 최소 24시간 이전에 신청하여야 합니다. 다만, 간병인 신청 시점이 아래 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 간병인을 지원받기 까지 최대 48시간이 소요될 수 있습니다.

1. 영업일 영업시간(9시~18시) 이외의 시간에 신청한 경우
2. 토요일, 일요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일에 신청한 경우

⑮ 제12조(특별약관의 전환) 제1항에서 정한 사유로 간병인지원을 더 이상 할 수 없는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 간병인 사용비용을 지급하지 않고, 제12조(특별약관의 전환)에 따라 전환하여 드립니다.

제3조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제4조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제5조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간

병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제7조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제7조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제8조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 특별약관 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
② 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 이용한 간병인 비용 상당액 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제10조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.
② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제11조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 청구시, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.
1. 간병인 사용시간, 사용기간 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 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
④ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제12조 (특별약관의 전환)

① 회사는 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우, 아래와 같이 전환하여 드립니다.

전환 전 특별약관	전환 후 특별약관
[갱신형]상해 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 특별약관	[갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상)(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관

② 제1항에 따라 특별약관이 전환될 경우 이 계약은 제13조(특별약관의 소멸) 제2항에 의하여 소멸되며, 전환 후 특별약관의 보장개시일은 전환일, 보험기간 종료일은 전환 전 특별약관의 보험 종료일을 따릅니다.
③ 회사는 제1항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 지체없이 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 전환일, 전환 절차 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

④ 제1항에도 불구하고 계약자가 전환을 원하지 않는 경우 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 하며, 계약자가 전환일 전일까지 특별약관의 전환을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 자동전환되는 것으로 합니다.
⑤ 제1항에 따라 전환하는 경우 회사는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 회사가 정하는 기준에 따라 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.
⑥ 제5항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일부터 지급일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

제13조 (특별약관의 소멸)
① 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.
② 제12조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 간병인지원을 더 이상 할 수 없게 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 전환시점의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특별약관의 자동갱신)
이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

15-2-13. [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관

이 특별약관은 [갱신형]상해 입원 간병인지원((181일이상)(요양/정신/한방제외) 제12조(특별약관의 전환) 제1항에 따라 전환하는 경우에 한하여 가입 가능합니다.

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접 결과로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 181일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 [갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(이하 「상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)」라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

② 제1항의 경우 1일당 8시간 이상 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에 한하여 1일로 간주하여 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

<지급 예시>

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 5만원

· 입원기간 및 간병인 사용일 예시

- 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
- 간병인 사용기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 2일 오전7시

구분	9/28	9/29	9/30	10/1	10/2
간병인 사용시간	24시간	24시간	24시간	24시간	7시간
1일 8시간 이상 여부	O	O	O	O	X

→ 9월 28일이 181일째 입원일이므로 9월 28일 이후부터 보장

→ 10월 2일의 경우 간병인 사용시간이 8시간 이상을 충족하지 못하여 보험금을 지급하지 않음

· 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 지급금액

: 5만원 X 4일 = 20만원 지급

③ 제1항에서 지급일수는 181일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항에서 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑤ 제1항의 경우 피보험자가 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 지급일수를 합산합니다.

⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1항에 따라 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)을 지급합니다.

⑩ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항에 따라 계속하여 보장합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

⑬ 제1항에도 불구하고 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조 (병원의 정의)

이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원은 제외합니다)을 말합니다.

제3조 (요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조 (입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제2조(병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (간병인의 정의)

① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(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 제1항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 입원하였을 경우 피보험자를 대상으로 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)내에서 제공하는 것을 말하며, 다음 각 호에서 정한 사항을 포함하여 제공하여야 합니다. 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

1. 기저귀 교환
2. 화장실 부축 및 변기사용 보조
3. 침대 높낮이 조정
4. 체위 변경
5. 휠체어를 이용한 환자 이동
6. 식사 보조
7. 피부 위생관리

제6조 (간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<관련법규>

[의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)]

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)]

① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당

하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제7조 (법령 개정에 따른 특별약관 내용의 변경)

① "간병인"의 정의 또는 "간호·간병통합서비스"의 정의가 「의료법」 및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경되어 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특별약관내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 정의가 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우
2. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특별약관내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특별약관 내용의 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

⑤ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특별약관 내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특별약관 내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

② 제1항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

③ 피보험자가 제1항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 한방진료비 계산서·영수증 또는 필요시 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 간병인 사용시간, 사용기간 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)
5. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

16. 무배당
일반 수술 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

16-1. 질병 관련 특별약관

16-1-2. 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(1년50%)」 및 「질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(1년50%)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(1년50%)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 통원 (또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특

정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

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

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍커풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-3. 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(60일10%형)(1년 감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(60일10%형)(1년 감액)」 및 「질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(60일10%형)(1년 감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 수술(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구분	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)
질병으로 통원(또는 당일입원)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의
하여 수술시			100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 「질병 입원 수술비」만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 「질병 통원 수술비」만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

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

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

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

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

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

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍커풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-5. 질병 입원 · 통원 수술비Ⅱ(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(경증질병 제외)(1년50%)」및「질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(경증질병 제외)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(경증질병 제외)(1년 50%)(이하「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(경증질병 제외)(1년50%)(이하「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 통원(또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는

국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장

합니다), 예방접종, 인공유산

2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-7. 질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(1년 50%)」 및 「질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(1년 50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 통원(또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원

수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-8. 질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(60일 10%형)(1년 감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비IV(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일 10%형)(1년 감액)」 및 「질병 통원 수술비IV(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 수술(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비IV(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구분	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)
질병으로 입원 (2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비IV(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)
질병으로 통원 (또는 당일입원) 하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 「질병 입원 수술비」만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 「질병 통원 수술비」만 지급합니다.다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또

는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 폴립(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-10. 질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%)」 및 「질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 통원(또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)

11. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-14. 질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 1-4종 수술비(시술포함)(1년50%)」 「질병 5-8종 수술비(시술포함)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표([별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 아래에 기재된 세부보장에 따른 각 종별 지급금액을 질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%)(이하 「질병 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

세부보장 구분	종별 구분	지급금액	
		가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 1-4종 수술비(시술포함)(1년 50%)	질병 1종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 50%	이 세부보장 가입금액의 100%
	질병 2종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 50%	이 세부보장 가입금액의 100%
	질병 3종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 75%	이 세부보장 가입금액의 150%
	질병 4종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 75%	이 세부보장 가입금액의 150%
질병 5-8종 수술비(시술포함)(1년 50%)	질병 5종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 50%	이 세부보장 가입금액의 100%
	질병 6종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 100%	이 세부보장 가입금액의 200%
	질병 7종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 150%	이 세부보장 가입금액의 300%
	질병 8종 수술비(시술포함)(1년50%)	이 세부보장 가입금액의 250%	이 세부보장 가입금액의 500%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (수술 및 시술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

<용어풀이>

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1]와 진단명[주2]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.
주2) 진단명
진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

<유의사항>
- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<예시안내>
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 수술비(시술포함)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<유의사항>
- ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

<예시안내>
피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와

의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(1283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 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 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는 [별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여 대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

<용어풀이>

[급여수가코드]

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원 에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-17. 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 질병 비급여 수술비(1년50%)
· 질병 종합병원 비급여 수술비(1년50%)
· 질병 상급종합병원 비급여 수술비(1년50%)

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 비급여수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병 비급여 수술비(1년50%)(이하「질병 비급여 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 비급여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원에서 비급여수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 비급여 수술비(1년50%)(이하「질병 종합병원 비급여 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 종합병원 비급여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 비급여수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 비급여 수술비(1년50%)(이하「질병 상급종합병원 비급여 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 상급종합병원 비급여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원에서 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 종합병원 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 종합병원 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제3항에도 불구하고 제5조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 상급종합병원 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 상급종합병원 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항의 비급여수술이라 함은 「국민건강보험」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상))에 해당하는 수술을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다) 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%)를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년 50%)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년 50%)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍커풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-18. 질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 1~5종 수술비(1종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」, 「질병 1~5종 수술비(2종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」, 「질병 1~5종 수술비(3종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」, 「질병 1~5종 수술비(4종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」 및 「질병 1~5종 수술비(5종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~5종 수술분류표([별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(이하 「질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병으로 1종에 해당하는 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
질병으로 2종에 해당하는 수술시		
질병으로 3종에 해당하는 수술시		
질병으로 4종에 해당하는 수술시		
질병으로 5종에 해당하는 수술시		

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 「질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)」를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병 1~5종 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 경추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

<용어풀이>

[체간골]
「체간골」이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을

가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-20. 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술(이하 「질병 상급종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 상급종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 상급종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)만 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 상급종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-22. 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술(이하 「질병 상급종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%)(이하 「질병 상급종합병원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 상급종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 상급종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 상급종합병원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 상급종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 에서 규정한 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 상급종합병원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 상급종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 상급종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-24. 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술(이하 「질병 종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)만 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-1-26. 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술(이하 「질병 종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%)(이하 「질병 종합병원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 종합병원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 종합병원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-2. 상해 관련 특별약관

16-2-1. 상해 입원·통원 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상해 입원 수술비(당일입원 제외)」 및 「상해 통원 수술비(외래 및 당일입원)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 수술(이하 「상해 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 보장의 보험가입금액을 상해 입원 수술비(당일입원 제외)(이하 「상해 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 상해 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「상해 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 보장의 보험가입금액을 상해 통원 수술비(외래 및 당일입원)(이하 「상해 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 입원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 입원 수술비만 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 통원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 통원 수술비만 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 상해 입원 수술비 또는 상해 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍거풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-2-2. 상해 입원·통원 수술비(경증상해 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상해 입원 수술비(당일입원 제외)(경증상해 제외)」 및 「상해 통원 수술비(외래 및 당일입원)(경증상해 제외)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 수술(이하 「상해 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 보장의 보험가입금액을 상해 입원 수술비(당일입원 제외)(경증상해 제외)(이하 「상해 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 상해 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「상해 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 보장의 보험가입금액을 상해 통원 수술비(외래 및 당일입원)(경증상해 제외)(이하 「상해 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 입원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 입원 수술비만 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 통원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 통원 수술비만 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 상해 입원 수술비 또는 상해 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 치아의 파절(S02.5)
2. 치아의 탈구(S03.2)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 상해 입원 수술비 또는 상해 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-2-4. 상해 1~8종 수술비(시술포함) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상해 1-4종 수술비(시술포함)」, 「상해 5-8종 수술비(시술포함)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표([별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 아래에 기재된 세부보장에 따른 각 종별 지급금액을 상해 1~8종 수술비(시술포함) (이하 「상해 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」 당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

세부보장 구분	종별 구분	지급금액
상해 1-4종 수술비 (시술포함)	상해 1종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 100%
	상해 2종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 100%
	상해 3종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 150%
	상해 4종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 150%
상해 5-8종 수술비 (시술포함)	상해 5종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 100%
	상해 6종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 200%
	상해 7종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 300%
	상해 8종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 500%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (수술 및 시술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

<용어풀이>

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1]와 진단명[주2]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

<유의사항>
- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG" 기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<예시안내>
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 수술비(시술포함)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<유의사항>
ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

<예시안내>
피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수

술(I283)”에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 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 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제5조 (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

<용어풀이>

[흥행]

영리를 목적으로 연극, 영화, 서커스 등을 요금을 받고 대중에게 보여주는 행위를 말합니다.

③ 회사는 [별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여 대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

<용어풀이>

[급여수가코드]

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-2-5. 상해 상급종합병원 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 상급종합병원에서 수술(이하 「상해 상급종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 상급종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 상해 상급종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍거풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-2-6. 상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상해 1~5종 수술비(1종)(동일사고당 1회한)」, 「상해 1~5종 수술비(2종)(동일사고당 1회한)」, 「상해 1~5종 수술비(3종)(동일사고당 1회한)」, 「상해 1~5종 수술비(4종)(동일사고당 1회한)」 및 「상해 1~5종 수술비(5종)(동일사고당 1회한)」의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 1~5종 수술분류표([별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한)(이하 「상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 「상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한)」를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해 1~5종 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 경추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

<용어풀이>

[체간골]

「체간골」이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

16-2-7. 상해 종합병원 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 종합병원에서 수술(이하 「상해 종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유를 원인으로 하여

생긴 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 상해 종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍거풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

17.[갱신형] 무배당 일반 수술 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

17-1. 질병 관련 특별약관

17-1-2. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(1년50%)」 및 「질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(1년50%)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(1년50%)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 통원(또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비」만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술」비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장

합니다), 예방접종, 인공유산

2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍커풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-1-3. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(60일10%형)(1년 감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(60일10%형)(1년 감액)」 및 「질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(60일10%형)(1년 감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
질병으로 입원 (2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
질병으로 통원 (또는 당일입원) 하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비」만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술」비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍커풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-1-5. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(경증질병 제외)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(경증질병 제외)(1년50%)」및「질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(경증질병 제외)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅱ(당일입원 제외)(경증질병제외)(1년 50%)(이하「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅱ(외래 및 당일입원)(경증질병제외)(1년50%)(이하「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 통원(또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또

는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-1-7. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「[갱신형] 질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%)」 및 「[갱신형] 질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 통원(또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전

념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)

8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

17-1-8. [갱신형] 질병 입원 · 통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「질병 입원 수술비IV(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)」 및 「질병 통원 수술비IV (외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 수술(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비IV(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
질병으로 입원 (2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비IV(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	가입후 60일미만	가입후 1년미만 (60일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
질병으로 통원 (또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 「질병 입원 수술비」만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 「질병 통원 수술비」만 지급합니다.다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술은 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 폴립(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-1-10. [갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「[갱신형] 질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%)」 및 「[갱신형] 질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 2일이상 입원하여 「수술」(이하 「질병 입원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 입원 수술비Ⅳ(당일입원 제외)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(이하 「질병 입원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 당일입원하여 수술하는 경우는 질병 입원 수술비를 보상하지 않고 제2항을 따릅니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 입원(2일이상)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 외래로 방문하거나 당일입원하여 수술(이하 「질병 통원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 통원 수술비Ⅳ(외래 및 당일입원)(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(이하 「질병 통원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 통원(또는 당일입원)하여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항의 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 입원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 입원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 입원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 입원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 입원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 통원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 통원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 통원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 통원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 통원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (입원 및 외래의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「외래」라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 질병의 치료가 필

요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)
11. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 입원 수술비 또는 질병 통원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

17-1-12. [갱신형]질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「[갱신형]질병 1~4종 수술비(시술포함)(1년50%)」 및 「[갱신형]질병 5~8종 수술비(시술포함)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표([별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 아래에 기재된 세부보장에 따른 각 종별 지급금액을 [갱신형]질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%)(이하 「질병 1~8종 수술비(시술포함)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

세부보장 구분	종별 구분	최초계약		갱신계약
		가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 1-4종 수술비 (시술포함)	질병 1종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 50%	이 세부보장 가입금액의 100%	이 세부보장 가입금액의 100%
	질병 2종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 50%	이 세부보장 가입금액의 100%	이 세부보장 가입금액의 100%
	질병 3종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 75%	이 세부보장 가입금액의 150%	이 세부보장 가입금액의 150%
	질병 4종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 75%	이 세부보장 가입금액의 150%	이 세부보장 가입금액의 150%
질병 5-8종 수술비 (시술포함)	질병 5종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 50%	이 세부보장 가입금액의 100%	이 세부보장 가입금액의 100%
	질병 6종 수술비	이 세부보장	이 세부보장	이 세부보장
	(시술포함)	가입금액의 100%	가입금액의 200%	가입금액의 200%
	질병 7종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 150%	이 세부보장 가입금액의300%	이 세부보장 가입금액의300%
	질병 8종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 250%	이 세부보장 가입금액의 500%	이 세부보장 가입금액의 500%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (수술 및 시술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

<용어풀이>

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1]와 진단명[주2]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점

수" 에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류" 상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

<유의사항>

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG" 기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<예시안내>

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 수술비(시술포함)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<유의사항>

- ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

<예시안내>

피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수술(1283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.
·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 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 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
7. 정상임신, 출산(제왕절개 제외), 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
8. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
9. 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
10. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선으로 인한 경우

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)

③ 회사는 [별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여 대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

<용어풀이>

[급여수가코드]
「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및

수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

17-1-15. [갱신형] 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 아래의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

· 질병 비급여 수술비(1년50%)
· 질병 종합병원 비급여 수술비(1년50%)
· 질병 상급종합병원 비급여 수술비(1년50%)

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 비급여수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병 비급여 수술비(1년50%)(이하「질병 비급여 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 비급여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원에서 비급여수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 비급여 수술비(1년50%)(이하「질병 종합병원 비급여 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 종합병원 비급여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제5조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 비급여수술을 받은 경우에는 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 비급여 수술비(1년50%)(이하「질병 상급종합병원 비급여 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 상급종합병원 비급여 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 제4조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원에서 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 종합병원 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 종합병원 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제3항에도 불구하고 제5조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원에서 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 상급종합병원 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 상급종합병원 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제3항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항의 비급여수술이라 함은 「국민건강보험」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상))에 해당하는 수술을 말합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하

는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다) 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%)를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년 50%)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및

인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>
[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년 50%)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍커풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-1-16. [갱신형]질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「[갱신형]질병 1~5종 수술비(1종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」, 「[갱신형]질병 1~5종 수술비(2종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」, 「[갱신형]질병 1~5종 수술비(3종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」, 「[갱신형]질병 1~5종 수술비(4종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」 및 「[갱신형]질병 1~5종 수술비(5종)(동일질병당 연간1회한)(1년50%)」의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 1~5종 수술분류표([별표-상해관련21]1~5종 수술 분류표참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 [갱신형]질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(이하 「질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병으로 1종에 해당하는 수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
질병으로 2종에 해당하는 수술시			
질병으로 3종에 해당하는 수술시			
질병으로 4종에 해당하는 수술시			
질병으로 5종에 해당하는 수술시			

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 「질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)」를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병 1~5종 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 경추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

<용어풀이>

[체간골]

「체간골」이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련21]1~5종 수술 분류표에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷,

특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

17-1-18. [갱신형] 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술(이하 「질병 상급종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 상급종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 상급종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)만 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 상급종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

17-1-20. [갱신형] 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술(이하 「질병 상급종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%)(이하 「질병 상급종합병원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 상급종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 상급종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 상급종합병원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 상급종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 에서 규정한 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 상급종합병원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 상급종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 상급종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-1-22. [갱신형] 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술(이하 「질병 종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)만 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 수정체의 장애(H25~H28)
10. 결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물 및 용종(D12, K63.5)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다. 다만, 제7호의 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술은 보장하지 않습니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 절제술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

17-1-24. [갱신형] 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술(이하 「질병 종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%)(이하 「질병 종합병원 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
질병 종합병원 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 질병 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 종합병원 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 종합병원 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제3항의 레이저(Laser) 수술의 경우 수술일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 질병 종합병원 수술비를 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 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병 종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
9. 맥립종 및 콩다래끼(H00), 바이러스결막염(B30), 외이염(H60), 티눈 및 굳은살(L84), 헤르페스바이러스(B00)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-2. 상해 관련 특별약관

17-2-3. [갱신형] 상해 1~8종 수술비(시술포함) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상해 1-4종 수술비(시술포함)」, 「상해 5-8종 수술비(시술포함)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 1~8종 수술 및 시술 분류표([별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 아래에 기재된 세부보장에 따른 각 종별 지급금액을 상해 1~8종 수술비(시술포함) (이하 「상해 1~8종 수술비(시술포함)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」 당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

세부보장 구분	종별 구분	지급금액
상해 1-4종 수술비 (시술포함)	상해 1종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 100%
	상해 2종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 100%
	상해 3종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 150%
	상해 4종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 150%
상해 5-8종 수술비 (시술포함)	상해 5종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 100%
	상해 6종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 200%
	상해 7종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 300%
	상해 8종 수술비 (시술포함)	이 세부보장 가입금액의 500%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (수술 및 시술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

<용어풀이>

[KDRG(Korean Diagnosis Related Group)]

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

[ADRG(Adjacent DRG)]

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 "외과계 그룹"과 "내과계 그룹"으로 분류한 후 의료행위[주1]와 진단명[주2]에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명

진단명이란 통계청에서 고시하는 "한국표준질병·사인분류"상의 분류번호를 말합니다.

[주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]
신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 "ADRG"가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

<유의사항>
- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 "KDRG"기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<예시안내>
이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.

⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제4조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 수술비(시술포함)를 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

<유의사항>
ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 "KDRG"에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표-상해관련20]1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

<예시안내>
피보험자가 입원을 하고 "유방재건술(J051)"(3종)과 "유방절제술(J061)"(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 "유방재건술(J051)"입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 "유방절제술(J061)"에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 상해 1~8종 수술비(시술포함)를 보장합니다.

⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(수술 및 시술의 정의와 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "슬관절 및 하퇴골 골절 수

술(I283)"에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 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 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제5조 (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

<용어풀이>

[흥행]

영리를 목적으로 연극, 영화, 서커스 등을 요금을 받고 대중에게 보여주는 행위를 말합니다.

③ 회사는 [별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여 대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI코드 포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

<용어풀이>

[급여수가코드]

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-2-4. [갱신형] 상해 상급종합병원 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 상급종합병원에서 수술(이하 「상해 상급종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 상급종합병원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 상급종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 에서 규정한 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 상해 상급종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍거풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

17-2-5. [갱신형]상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「[갱신형]상해 1~5종 수술비(1종)(동일사고당 1회한)」, 「[갱신형]상해 1~5종 수술비(2종)(동일사고당 1회한)」, 「[갱신형]상해 1~5종 수술비(3종)(동일사고당 1회한)」, 「[갱신형]상해 1~5종 수술비(4종)(동일사고당 1회한)」 및 「[갱신형]상해 1~5종 수술비(5종)(동일사고당 1회한)」의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 1~5종 수술분류표([별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 [갱신형]상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한)(이하 「상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 「상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한)」를 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비를 먼저 지급한 때에는 높은 세부보장의 보험가입금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 상해 1~5종 수술비를 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 경추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

<용어풀이>

[체간골]
「체간골」이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

③ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 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

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제 7 조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

17-2-6. [갱신형] 상해 종합병원 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 종합병원에서 수술(이하 「상해 종합병원 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 종합병원 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원 수술비만 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유를 원인으로 하여

생긴 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 상해 종합병원 수술비에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍거풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

18. 무배당
암 수술 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

18-1. 질병 관련 특별약관

18-1-2. 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

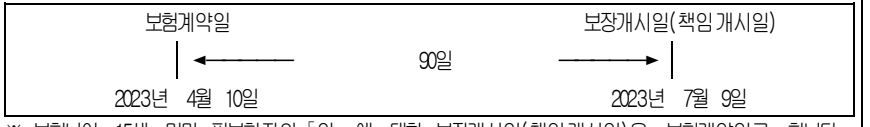
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단 확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%)(이하「 암 최초수술비(유사암 제외)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년 이상
암으로 최초수술시 (유사암 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 최초수술비(유사암 제외)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

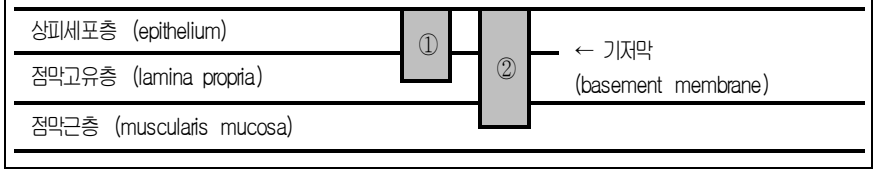
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]



점막하층 (submucosa)

(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료

   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 암 최초수술비(유사암 제외) 지급사유에 해당되면 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

18-1-4. 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

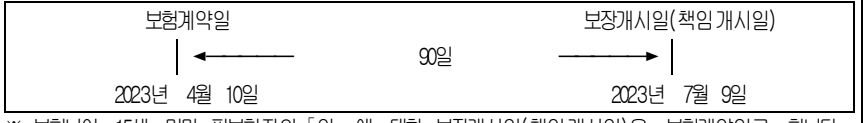
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단 확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 암 수술비(유사암 제외)(1년 50%)(이하 「 암 수술비(유사암 제외)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년 이상
암으로 수술시 (유사암 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비(유사암 제외)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

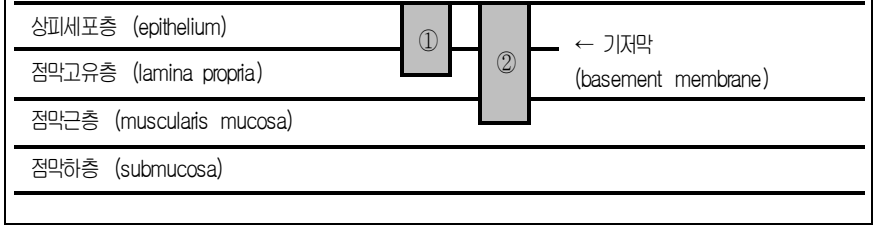
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]



([redacted] 악성종양세포 침범깊이)
① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 암(유사암 제외) 수술비 지급사유에 해당되면 암(유사암 제외) 수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자

가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

18-1-6. 유사암 수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 유사암 수술비(1년 50%)(이하 「유사암 수술비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년 이상
기타피부암으로 수술시 갑상선암으로 수술시 대장점막내암으로 수술시 제자리암으로 수술시 경계성종양으로 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 유사암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

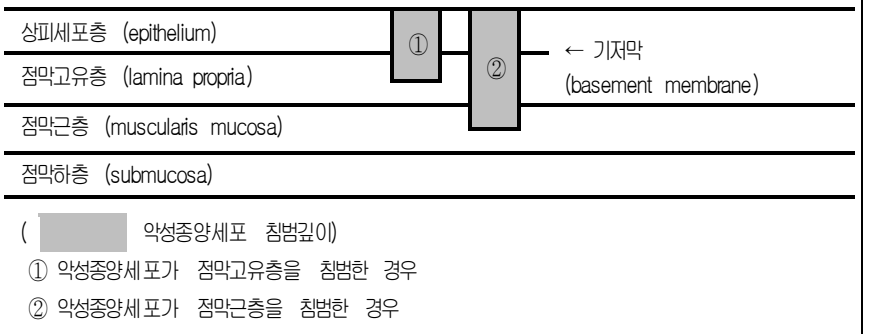
① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 유사암 수술비 지급사유에 해당되면 유사암 수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

18-1-8. 유사암 최초수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단 확정되고 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 최초수술비(1년50%)(이하「유사암 최초수술비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년 이상
유사암으로 최초수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 유사암 최초수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

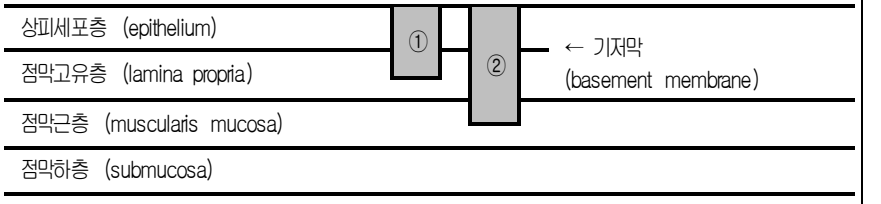
① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료

   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 유사암 최초수술비 지급사유에 해당되면 유사암 최초수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암 최초수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

18-1-12. (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

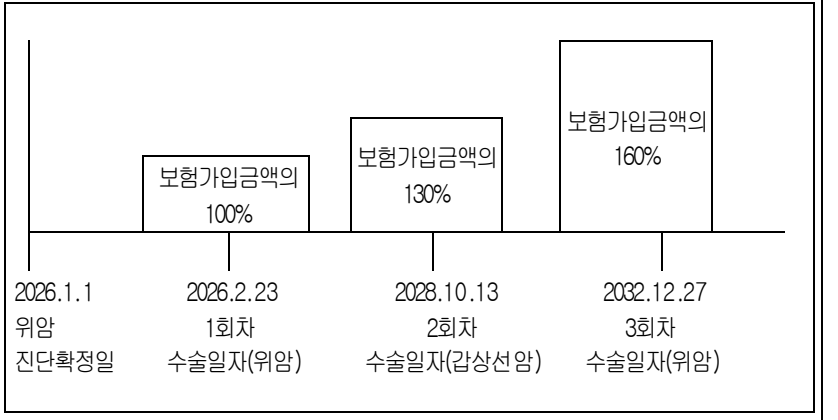
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 제2항에 정한「수술회차별 체증 금액」을 (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%)(이하「(체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 수술회차별 체증 금액은 제1항에서 정한 보험금의 지급사유에 해당된 때, 수술회차에 따라 보험가입금액을 기준으로 매 회당 30%씩 체증한 금액을 말합니다. (단, 1회차 수술 시에는 보험가입금액의 100%를 적용하며, 2회차 수술부터 6회차 수술까지는 30%씩 체증됩니다. 7회차 이상의 수술은 6회차 수술 시의 체증형 지급금액과 동일하게 적용합니다.)

구 분	수술회차	수술회차별 체증 금액	
		보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만 수술시	가입 후 1년 이후 수술시
(체증형, 수술시30%) 암 수술비 (유사암 포함)	1회차 수술 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%
	2회차 수술 시	보험가입금액의 65%	보험가입금액의 130%
	3회차 수술 시	보험가입금액의 80%	보험가입금액의 160%
	4회차 수술 시	보험가입금액의 95%	보험가입금액의 190%
	5회차 수술 시	보험가입금액의 110%	보험가입금액의 220%
	6회차 수술 시	보험가입금액의 125%	보험가입금액의 250%
	7회차 이상 수술 시	보험가입금액의 125%	보험가입금액의 250%

<예시안내>

· 위암 최초 진단확정일
: 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 : 2024년 1월 1일)



③ 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제2항의 수술회차 산정시 동일한 일자에 2회이상 수술을 받은 경우에는 동일한 수술회차를 적용하며, 차회 수술부터 그 다음 수술회차를 산정합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 (제증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

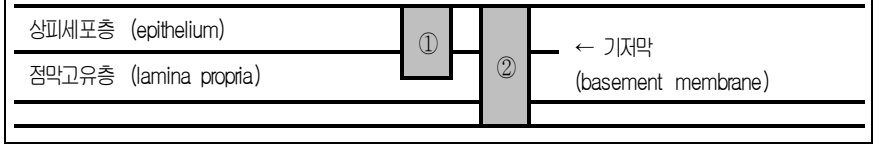
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]



점막근층 (muscularis mucosa)

점막하층 (submucosa)

(악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단,「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, (제증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함) 지급사유에 해당되면 (제증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서

면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제4항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암, 경계성종양으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제4항에서 정한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

18-1-14. 전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

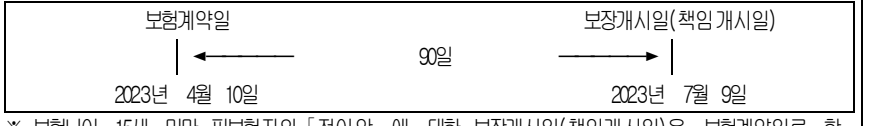
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단 확정되고 그 「전이암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%)(이하 「전이암 최초수술비Ⅱ」로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년 이상
전이암으로 최초수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 전이암 최초수술비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

제3조 (전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련49]전이암 분류표Ⅱ에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「전이암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국

외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「전이암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 전이암 최초수술비Ⅱ 지급사유에 해당되면 전이암 최초수술비Ⅱ를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「전이암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「전이암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암 최초수술비Ⅱ를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제 30 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15 세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

18-1-16. 전이암 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

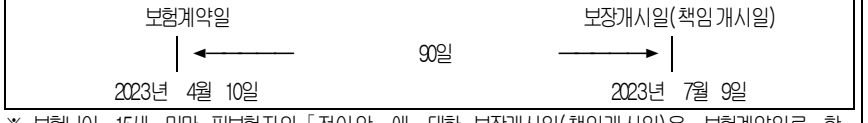
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단 확정되고 그 「전이암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 전이암 수술비Ⅱ(1년50%)(이하 「전이암 수술비Ⅱ」로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년 이상
전이암으로 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 전이암 수술비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

제3조 (전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련49]전이암 분류표Ⅱ에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「전이암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「전이암」의 직접적인 치

료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 전이암 수술비Ⅱ 지급사유에 해당되면 전이암 수술비Ⅱ를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을

보험계약일로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15 세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

19.[갱신형] 무배당 암 수술 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

19-1. 질병 관련 특별약관

19-1-2. [갱신형] 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단 확정되고 그 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%)(이하 「암 최초수술비(유사암 제외)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암으로 최초수술시 (유사암 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일		보장개시일(책임개시일)
←	90일	→
2023년 4월 10일		2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 최초수술비(유사암 제외)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

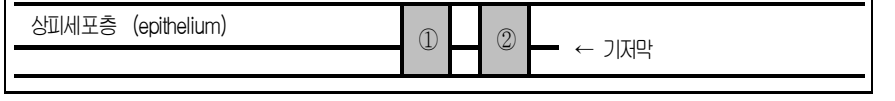
② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

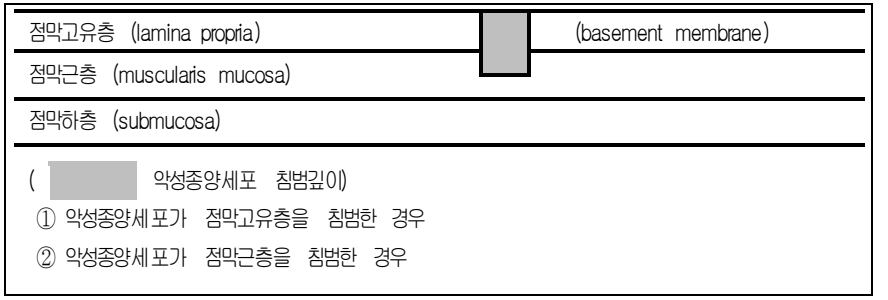
③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]





⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 암 최초수술비(유사암 제외) 지급사유에 해당되면 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 최초수술비(유사암 제외)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

19-1-4. [갱신형] 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단 확정되고 그「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 암 수술비(유사암 제외)(1년50%)(이하「 암 수술비(유사암 제외)」이라 합니다) 로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암으로 수술시 (유사암 제외)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일		보장개시일(책임개시일)
←	90일	→
2023년 4월 10일		2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비(유사암 제외)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

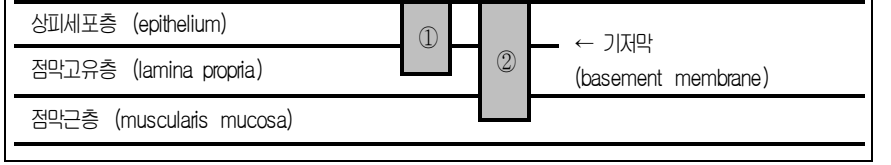
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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]



점막하층 (submucosa)

([redacted] 악성종양세포 침범깊이)

① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우

② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료

   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 암(유사암 제외) 수술비 지급사유에 해당되면 암(유사암 제외) 수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

19-1-6. [갱신형] 유사암 수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암」이라 합니다)으로 진단 확정되고 그 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 유사암 수술비(1년 50%)(이하 「유사암 수술비」이라 합니다) 로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
기타피부암으로 수술시 갑상선암으로 수술시 대장점막내암으로 수술시 제자리암으로 수술시 경계성종양으로 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 유사암 수술비가 지급되지 않습니다.

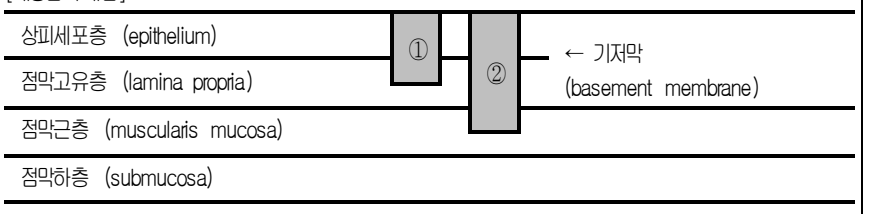
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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>



④ 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료

   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 유사암 수술비 지급사유에 해당되면 유사암 수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

19-1-8. [갱신형] 유사암 최초수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」 또는 「경계성 종양」(이하「유사암」이라 합니다)으로 진단 확정되고 그「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 유사암 최초수술비(1년50%)(이하「 유사암 최초수술비 」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
유사암으로 최초수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 유사암 최초수술비가 지급되지 않습니다.

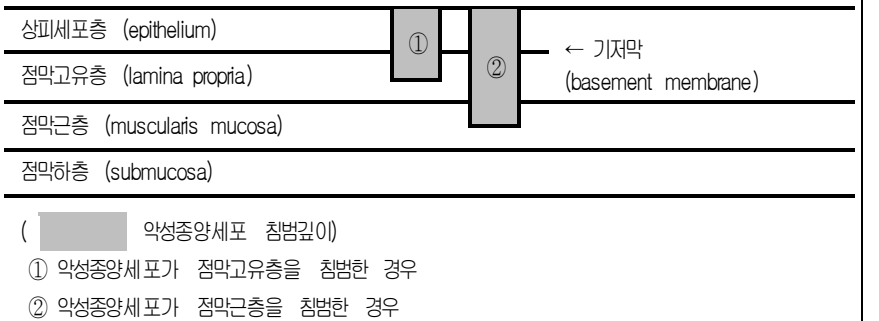
제3조 (기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 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>



④ 「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단,「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유사암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「유사암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료

   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 유사암 최초수술비 지급사유에 해당되면 유사암 최초수술비를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 유사암 최초수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

19-1-9. [갱신형] 암 다빈치로봇 수술비(1년 감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

① 이 특별약관은 「[갱신형] 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비(1년 감액)」 및 「[갱신형] 특정암 다빈치로봇 수술비(1년 감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

② 이 특별약관에서 「특정암」은 제4조 (「암(특정암 제외)」 및 「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 전립선암 및 갑상선암을 의미합니다.

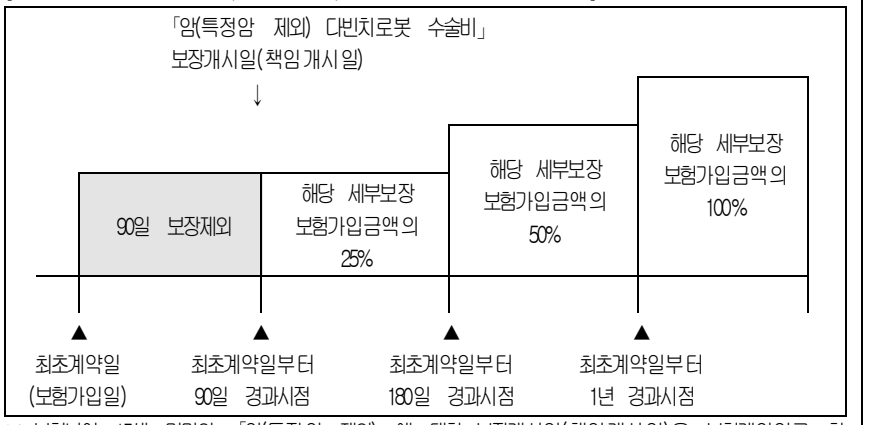
제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(특정암 제외)」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 수술」을 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	보장개시일(책임개시일) 부터 가입후 180일미만	보장개시일(책임개시일) 부터 가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술 시	해당 세부보장 보험가입금액의 25%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

<예시안내>

[보험나이 15세 이상의 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비 지급금액]



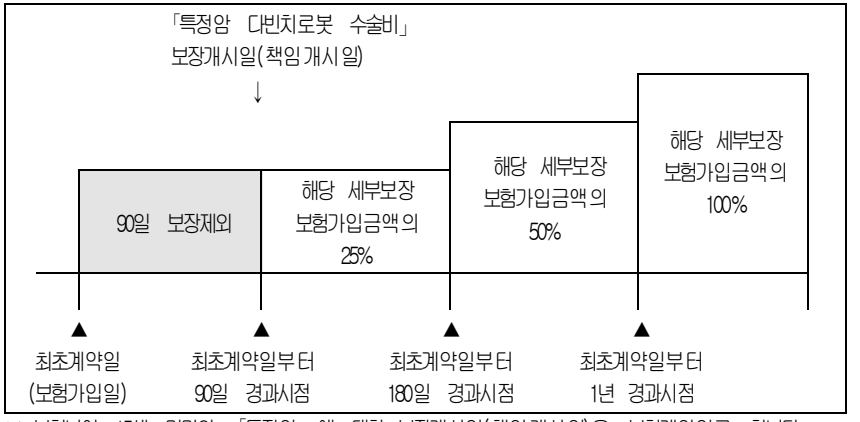
※ 보험나이 15세 미만의 「암(특정암 제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「특정암」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「다빈치로봇 수술」을 받은 경우에는 최초1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정암 다빈치로봇 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약			갱신계약
	보장개시일(책임개시일) 부터 가입후 180일미만	보장개시일(책임개시일) 부터 가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)	
특정암 다빈치로봇 수술 시	해당 세부보장 보험가입금액의 25%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 특정암 다빈치로봇 수술비 지급금액]

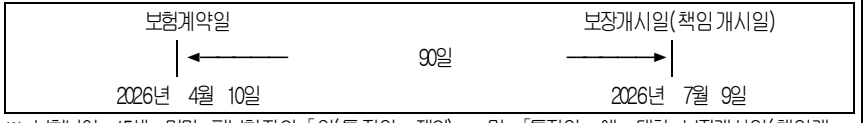


※ 보험나이 15세 미만의 「특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 경우 「암(특정암 제외)」 및 「특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암(특정암 제외)」 및 「특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(특정암 제외)」 및 「특정암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (「암(특정암 제외)」 및 「특정암」의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전립선암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」 및 「갑상선암」을 말하며, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 「암(특정암 제외)」, 「전립선암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(특정암 제외)」, 「전립선암」 및 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

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 원발부

위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (「다빈치로봇 수술」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci ⓡ)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]

다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제7조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제10조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(특정암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(특정암 제외)으로 진단확정되는 경우 「[갱신형] 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비(1년 감액)」 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(특정암 제외)에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(특정암 제외)으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 「[갱신형] 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비(1년 감액)」 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.
3. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정암으로 진단확정되는 경우 「[갱신형] 특정암 다빈치로봇 수술비(1년 감액)」 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 특정암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(「암(특정암 제외)」 및「특정암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 특정암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 「[갱신형] 특정암 다빈치로봇 수술비(1년 감액)」 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보

험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호 내지 제3호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비 또는 특정암 다빈치로봇 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비」 및 「특정암 다빈치로봇 수술비」를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

19-1-15. [갱신형](체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

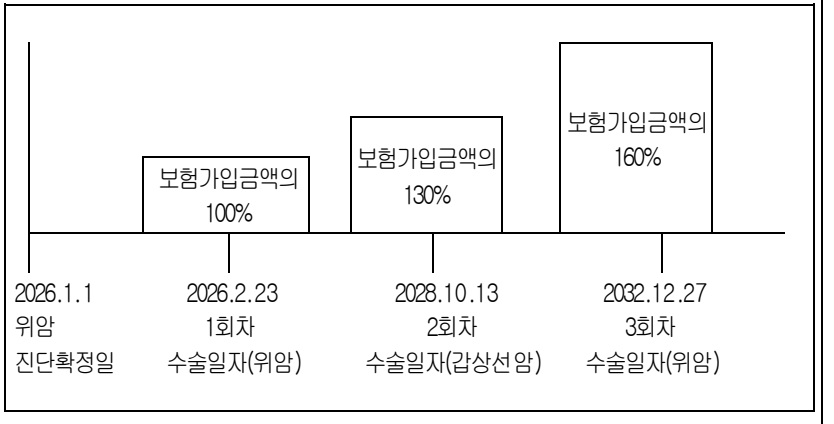
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 확정되고 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 제2항에 정한「수술회차별 체증 금액」을 (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 수술회차별 체증 금액은 제1항에서 정한 보험금의 지급사유에 해당된 때, 수술회차에 따라 보험가입금액을 기준으로 매 회당 30%씩 체증한 금액을 말합니다. (단, 1회차 수술 시에는 보험가입금액의 100%를 적용하며, 2회차 수술부터 6회차 수술까지는 30%씩 체증됩니다. 7회차 이상의 수술은 6회차 수술 시의 체증형 지급금액과 동일하게 적용합니다.)

구 분	수술회차	최초계약		갱신계약
		부장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
(체증형, 수술시30%) 암 수술비 (유사암 포함)	1회차 수술 시	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%
	2회차 수술 시	보험가입금액의 65%	보험가입금액의 130%	보험가입금액의 130%
	3회차 수술 시	보험가입금액의 80%	보험가입금액의 160%	보험가입금액의 160%
	4회차 수술 시	보험가입금액의 95%	보험가입금액의 190%	보험가입금액의 190%
	5회차 수술 시	보험가입금액의 110%	보험가입금액의 220%	보험가입금액의 220%
	6회차 수술 시	보험가입금액의 125%	보험가입금액의 250%	보험가입금액의 250%
	7회차 이상 수술 시	보험가입금액의 125%	보험가입금액의 250%	보험가입금액의 250%

<예시안내>

· 위암 최초 진단확정일
: 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 : 2024년 1월 1일)



③ 제1항의 경우「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일		보장개시일(책임개시일)

	←	90일	→	
2024년 4월 10일			2024년 7월 9일	

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제2항의 수술회차 산정시 동일한 일자에 2회이상 수술을 받은 경우에는 동일한 수술회차를 적용하며, 차회 수술부터 그 다음 수술회차를 산정합니다.

⑤ 제2항의 수술회차 산정시 이 특별약관의 갱신일이 아닌 최초 계약일을 수술회차 산정의 시작기준 시점으로 하여 적용합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%)가 지급되지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

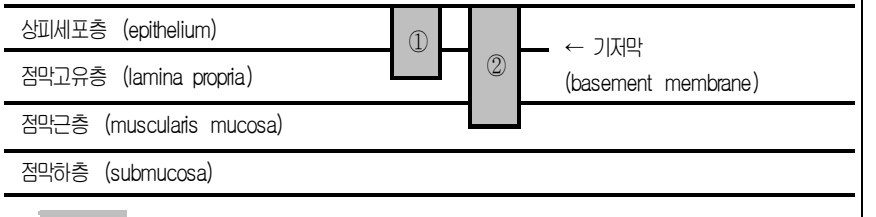
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단,「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%) 지급사유에 해당되면 (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%)를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제4항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암, 경계성종양으로 진단확정되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제4항에서 정한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

19-1-17. [갱신형] 전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단 확정되고 그 「전이암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%)(이하 「전이암 최초수술비Ⅱ」로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
전이암으로 최초수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일		90일	보장개시일(책임개시일)	
←			→	
2023년 4월 10일			2023년 7월 9일	

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 전이암 최초수술비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

제3조 (전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련49]전이암 분류표Ⅱ에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의

사」라 합니다)에 의하여 「전이암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「전이암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 전이암 최초수술비Ⅱ 지급사유에 해당되면 전이암 최초수술비Ⅱ를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전이암 최초수술비Ⅱ를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에

서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

19-1-19. [갱신형] 전이암 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「전이암」으로 진단 확정되고 그 「전이암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 전이암 수술비Ⅱ(1년50%)(이하 「전이암 수술비Ⅱ」로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
전이암으로 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일		보장개시일(책임개시일)	
←	90일	→	
2023년 4월 10일		2023년 7월 9일	

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 전이암 수술비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

제3조 (전이암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련49]전이암 분류표Ⅱ에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「전이암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국

외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「전이암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
   다만, 제2항에 따라 신의료기술로 인정되어 제1항의 수술에 포함되고, 전이암 수술비Ⅱ 지급사유에 해당되면 전이암 수술비Ⅱ를 지급합니다.
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

④ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 항암면역요법으로 보지 않으며, 제1항의 수술에서도 제외합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「전이암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「전이암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「전이암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여

해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

20.무배당
특정질병 수술 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

20-1. 질병 관련 특별약관

20-1-2. 충수염 수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3조(충수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)에서 정한 「충수염(맹장염)」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 충수염 수술비(1년50%)(이하 「충수염 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
충수염 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (충수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「충수염(맹장염)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련15]충수염 분류표에 해당되는 질병을 말합니다.

② 「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「충수염(맹장염)」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「충수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 충수염 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-3. 4대특정질병 치료·수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(체외충격파쇄석술(급여)의 정의)에서 정한 「체외충격파쇄석술(급여)」치료를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 체외충격파쇄석술 급여 치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
체외충격파쇄석술 급여 치료비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(제왕절개만출술(급여)의 정의)에서 정한 「제왕절개만출술(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 제왕절개만출술 급여 수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
제왕절개만출술 급여 수술비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(요실금 및 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「요실금」으로 진단확정되고 그 요실금 치료를 직접적인 목적으로 제5조(요실금 및 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한「요실금수술(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 요실금 급여 수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
요실금 급여 수술비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(선천성이상의 정의 및 진단확정)에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(이하「선천성이상」이라 합니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술(이하「선천성이상 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 선천성이상 수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
선천성이상 수술비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 내지 제4항의 체외충격파쇄석술 급여 치료비(연간1회한), 제왕절개만출술 급여 수술비(연간1회한), 요실금 급여 수술비(연간1회한) 및 선천성이상 수술비(연간1회한)은 각각 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (체외충격파쇄석술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「체외충격파쇄석술(급여)」라 함은 아래의 체외충격파쇄석술 대상 수가코드에 해당하는 치료를 말하며, 수가코드 기준은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

내용	수가코드
체외충격파쇄석술 (E.S.W.L) - 신,요관,방광결석 또는 담석, 췌석	R3501 R3504 ~ R3508

* 단, 체외충격파치료술(E.S.W.T) 제외	

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 체외충격파쇄석술(급여) 치료 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 체외충격파쇄석술(급여) 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 「체외충격파쇄석술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「체외충격파쇄석술」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (제왕절개만출술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「제왕절개만출술(급여)」라 함은 아래의 제왕절개만출술 수술대상 수가코드에 해당하는 수술을 말하며, 수가코드 기준은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

내용		수가코드
제왕절개만출술 [인공임신중절수술은 제외함]	제왕절개술 및 자궁적출술 1태아 부분절제	
	- 초산	R4507
	- 경산	R4508
	제왕절개술 및 자궁적출술 1태아 전절제	
	- 초산	R4509
	- 경산	R4510
	1태아 임신의 경우	
	- 반복	R4514
	- 초산	R4517
	- 경산	R4518
	다태아 임신의 경우	
	- 반복	R4516
	- 초산	R4519
	- 경산	R4520
	제왕절개술 및 자궁적출술 다태아	
	- 초산	R5001
	- 경산	R5002

<용어풀이>

- 「초산」: 처음으로 아이를 낳음
- 「경산」: 아이를 낳은 경험이 있음
- 「1태아」: 한 자궁에서 단독으로 자란 1명의 태아
- 「다태아」: 한 자궁에서 동시에 자란 여러명의 태아
- 「제왕절개술 및 자궁적출술」: 자궁적출술을 동반한 제왕절개 분만

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 제왕절개만출술(급여)의 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 제왕절개만출술(급여)의 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 「제왕절개만출술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「제왕절개만출술」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 (요실금 및 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「요실금」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련21]요실금 분류표에 해당되는 질병을 말합니다.

② 「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 이 특별약관에서 「요실금수술(급여)」라 함은 아래의 요실금수술(급여)대상 수가코드에 해당하는 수술을 말하며, 수가코드 기준은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

내용		수가코드
요실금 수술	개복에 의한 수술 질강을 통한 수술	R3662

	- 자기근막을 이용한 경우[근막채취료 포함] - 기타의 경우	R3564 R3565

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 요실금수술(급여)의 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 요실금수술(급여)의 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「요실금수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「요실금수술」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (선천성이상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「선천성이상」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련22] 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표에 해당되는 질병을 말합니다.

② 「선천성이상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관의 「제왕절개만출술(급여)」, 「요실금수술(급여)」 및 「선천성이상 수술」에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-4. 111대질병 수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「111대질병 수술비(5대주요기관관혈)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(5대주요기관비관혈)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(22대주요질병)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(3대주요질병)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(19대생활질병)(1년50%)」 및 「111대질병 수술비(62대생활질병)(1년50%)」의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「111대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 111대질병 수술비(1년50%)(이하 「111대질병 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		가입후 1년미만	가입후 1년이상
111대질병	5대주요기관질병 관혈수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	5대주요기관질병 비관혈수술시		
	22대주요질병 수술시		
	3대주요질병 수술시		
	19대생활질병 수술시		
	62대생활질병 수술시		

<용어풀이>

동일한 질병으로 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

※ 관련 예시: 다수의 위의 양성신생물(D13.1)을 제거하기 위해 동일 일자에 수술한 경우 1회의 수술로 간주

② 제1항에도 불구하고 1회의 수술 중 「5대주요기관질병」의 비관혈수술과 관혈수술이 동시에 행해진 경우에는 관혈수술에 해당하는 보험금만 지급합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 「비관혈수술」은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

1. 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.
3. 「신의료수술」이라 함은 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대주요기관질병의 직접적인 치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 「관혈수술」이라 함은 제3항의 「비관혈수술」 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 당뇨병성 망막병증 등 「111대질병」에 해당하는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소) 제3항에서 정한 레이저(Laser) 수술을 받은 경우 60일 이내에 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 111대질병 수술비를 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제4조 (111대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「111대질병」이라 함은 「5대주요기관질병」, 「22대주요질병」, 「3대주요질병」, 「19대생활질병」 및 「62대생활질병」을 총칭합니다.

② 제1항에서 「5대주요기관질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련14]5대주요기관질병 분류표II에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 「22대주요질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련17]22대주요질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

④ 제1항에서 「3대주요질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련18]3대주요질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제1항에서 「19대생활질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련19]19대생활질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 제1항에서 「62대생활질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련20]62대생활질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 「111대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

구 분		해당 질병
111대 질병	5대주요기관질병	뇌질환, 심질환, 간질환, 췌장질환, 폐질환
	22대주요질병	위십이지장궤양, 결핵, 신부전, 녹내장, 동맥경화증, 만성 기관지염, 폐렴, 바이러스간염, 패혈증, 부갑상선 기능질환, 뇌하수체 기능질환, 수막염, 뇌 및 척수의 염증성 질환, 파킨슨병, 뇌전증, 뇌성마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 버거씨병, 폐부종, 특정호흡기질환, 위공장궤양
	3대주요질병	당뇨병질환, 고혈압질환, 갑상선 질환
	19대생활질병	안면신경장애, 손목터널증후군, 단일신경병증, 중증근무력증, 미비, 급성골수염, 뼈의 파젯병, 기타비대성 골관절병증, 림프절염, 호흡계통 양성신생물, 기타 호흡계통의 양성신생물, 기타 흉곽내기관의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 갑상선의 양성신생물, 기타 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 세뇨관질환, 신장 및 요관의 기타 질환
	62대생활질병	백내장, 안검하수, 관절염, 추간판장애, 급성 상기도 감염, 축농증, 편도염, 수면무호흡증, 식도 질환, 위·십이지장 질환, 탈장 질환, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭·담도의 질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 결석, 방광의 기타질환, 남성 생식기관의 질환, 치핵 및 항문주위 정맥혈전증, 공막·각막·홍채 및 섬모체의 장애, 맥락막 및 망막의 장애, 유리체의 장애, 눈 및 부속기의 양성신생물, 시신경 및 시각경로의 장애, 외이의 질환, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 특정 소화기 양성신생물, 비장의 질환, 기타 소화기 질환, 요도결석증, 비뇨기의 기타질환, 난소 및 난관의 질환, 여성골반내 기관의 염증성 질환, 여성생식관의 비염증성 장애, 여성생식기의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 유방의 비대, 유방의 장애, 전신결합조직 장애, 누적외상성 질환, 변형성 등병증, 척추병증, 기타 등병증, 근육장애, 윤활막 및 힘줄장애, 발바닥근막염, 어깨병변, 골다공증, 골괴사증, 연골병증, 황반변성, 동맥 및 세동맥의 질환, 하지정맥류, 코의 기타질환, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 외부요인에 의한 폐질환, 조직의 양성신생물, 남성생식기 양성신생물

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「111대질병」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「111대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등의 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술
2. 단순코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검 수술은 보상합니다)

나. 유방축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다)

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 입퇴원확인서, 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-6. 2대주요기관질병 수술비II(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「2대주요기관질병 관혈수술비II(1년감액)」 및 「2대주요기관질병 비관혈수술비II(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 뇌질환 또는 심질환([별표-질병관련13]2대주요기관질병 분류표II참조. 이하 「2대주요기관질병」이라 합니다)(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술 또는 비관혈수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 「2대주요기관질병 수술비II」로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 수술 중 비관혈수술과 관혈수술이 동시에 행해진 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

구 분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
2대주요기관질병 관혈수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
2대주요기관질병 비관혈수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「2대주요기관질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 제1항의 「비관혈수술」은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

1. 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.
3. 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 2대주요기관질병의 직접적인 치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

④ 제1항의 「관혈수술」이라 함은 제3항의 「비관혈수술」 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「2대주요기관질병」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「2대주요기관질병」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-8. 2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 뇌질환([별표-질병관련13]2대주요기관질병 분류표II 중 뇌질환 참조)으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 제3조(스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의)에서 정한 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌질환 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌질환 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 심질환([별표-질병관련13]2대주요기관질병 분류표II 중 심질환 참조)으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 제3조(스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의)에서 정한 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 심질환 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
심질환 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 뇌질환 및 심질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에서 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제3조(스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의) 제1항에서 정한 행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」이라 함은 [별표-질병관련44]스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항의 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

<용어풀이>

[급여수가코드]

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-9. 5대주요기관질병 수술비Ⅱ(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「5대주요기관질병 관혈수술비Ⅱ(1년감액)」 및 「5대주요기관질병 비관혈수술비Ⅱ(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 뇌질환, 심질환, 간질환, 췌장질환 또는 폐질환([별표-질병관련14]5대주요기관질병 분류표Ⅱ참조. 이하 「5대주요기관질병」이라 합니다)(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술 또는 비관혈수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 「5대주요기관질병 수술비Ⅱ」로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 수술 중 비관혈수술과 관혈수술이 동시에 행해진 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

구분		가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
관혈수술시	뇌질환 또는 심질환	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 췌장질환 또는 폐질환	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
비관혈수술시	뇌질환 또는 심질환	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 췌장질환 또는 폐질환	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「5대주요기관질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 제1항의 「비관혈수술」은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

1. 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.
3. 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대주요기관질병의 직접적인 치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

④ 제1항의 「관혈수술」이라 함은 제3항의 「비관혈수술」 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의

사」라 합니다)에 의하여 「5대주요기관질병」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「5대주요기관질병」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-11. 혈전제거 치료비(급여)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌경색증(I63)」 또는 「급성심근경색증(I21)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」 또는 「심장 특정 혈전제거술(급여)」을 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 혈전제거 치료비(급여)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌 특정 혈전제거술(급여) 심장 특정 혈전제거술(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌경색증(I63)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌경색증(I63)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌경색증(I63)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자 방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 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 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제4조 (급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증(I21)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장 동맥) 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 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류

의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제5조 (「뇌 특정 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서「뇌 특정 혈전제거술(급여)」라 함은 [별표-질병관련47]뇌 특정 혈전제거술(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항에서 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「뇌 특정 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

⑥ 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조 (「심장 특정 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서「심장 특정 혈전제거술(급여)」라 함은 [별표-질병관련48]심장 특정 혈전제거술(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항에서 「심장 특정 혈전제거술(급여)」은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「심장 특정 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「심장 특정 혈전제거술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

⑥ 「심장 특정 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수기재), 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 입퇴원확인서, 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」 및 「심장 특정 혈전제거술(급여)」을 각각 1회씩 총2회를 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-13. 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌경색증(I63)」 또는 「급성심근경색증(I21)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」 또는 「심장 특정 혈전제거술(급여)」을 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌 특정 혈전제거술(급여) 심장 특정 혈전제거술(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌경색증(I63)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌경색증(I63)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌경색증(I63)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 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 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제4조 (급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장 동맥) 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 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제5조 (「뇌 특정 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서「뇌 특정 혈전제거술(급여)」라 함은 [별표-질병관련47]뇌 특정 혈전제거술(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항에서 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「뇌 특정 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

⑥ 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조 (「심장 특정 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서「심장 특정 혈전제거술(급여)」라 함은 [별표-질병관련48]심장 특정 혈전제거술(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항에서 「심장 특정 혈전제거술(급여)」은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「심장 특정 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「심장 특정 혈전제거술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

⑥ 「심장 특정 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수기재), 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 입퇴원확인서, 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-1-19. 통합 양성신생물 수술비(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「통합 양성신생물 수술비(대장 양성신생물)(1년감액)」, 「통합 양성신생물 수술비(식도·결장·항문 양성신생물)(1년감액)」, 「통합 양성신생물 수술비(위·십이지장 양성신생물)(1년감액)」, 「통합 양성신생물 수술비(갑상선·두경부 양성신생물)(1년감액)」, 「통합 양성신생물 수술비(간·폐 양성신생물)(1년감액)」, 「통합 양성신생물 수술비(뇌·심장 양성신생물)(1년감액)」, 「통합 양성신생물 수술비(특정 기타부위 양성신생물)(1년감액)」 및 「통합 양성신생물 수술비(여성 및 남성 특정양성신생물)(1년감액)」의 총 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「통합 양성신생물」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 양성신생물 구분에 따라 아래에 정한 금액을 세부보장별 통합 양성신생물 수술비(1년감액)(이하 「통합 양성신생물 수술비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

양성신생물 구분	가입 후 180일 미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
통합 양성신생물 수술비 (대장 양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합 양성신생물 수술비 (식도·결장·항문 양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합 양성신생물 수술비 (위·십이지장 양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합 양성신생물 수술비 (갑상선·두경부 양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합 양성신생물 수술비 (간·폐 양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합 양성신생물 수술비 (뇌·심장 양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합 양성신생물 수술비 (특정 기타부위 양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
통합 양성신생물 수술비 (여성 및 남성 특정양성신생물)	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항에도 불구하고 각각의 세부보장별 양성신생물에 대해 동일한 질병으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 양성신생물 구분에 따라 하나의 통합 양성신생물 수술비만 지급합니다. 다만, 양성신생물 수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 양성신생물 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (통합 양성신생물의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「통합 양성신생물」이라 함은 「통합 양성신생물 (대장 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (식도·결장·항문 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (위·십이지장 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (갑상선·두경부 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (간·폐 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (뇌·심장 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (특정 기타부위 양성신생물)」 및 「통합 양성신생물 (여성 및 남성 특정양성신생물)」을 총칭합니다.

② 제1항의 「통합 양성신생물」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련58]통합 양성신생물 분류표에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「통합 양성신생물」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 「통합 양성신생물 (대장 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (식도·결장·항문 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (위·십이지장 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (간·폐 양성신생물)」, 「통합 양성신생물 (특정 기타부위 양성신생물)」 및 「통합 양성신생물 (여성 및 남성 특정양성신생물)」 진단의 경우 핵의학 검사, 혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 등을 기초로 하여야 하며, 「통합 양성신생물 (갑상선·두경부 양성신생물)」 진단의 경우 핵의학 검사, 혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 경동맥 초음파 등을 기초로 하여야 하며, 「통합 양성신생물 (뇌·심장 양성신생물)」 진단의 경우 핵의학 검사, 혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등) 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 통합 양성신생물로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 통합 양성신생물로 확정되거나 추정되는 경우

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합 양성신생물」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

20-2. 상해 및 질병 관련 특별약관

20-2-4. 인공관절치환 수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 상해 또는 질병으로 인공관절치환 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 인공관절치환 수술비(1년50%)(이하 「인공관절치환 수술비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
인공관절치환 수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「인공관절치환 수술」이라 함은 고관절(엉덩이 관절), 슬관절(무릎관절) 또는 견관절(어깨관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공적으로 만든 관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절로 이하 「인공관절」이라 합니다)을 삽입하여 관절의 전부 또는 일부를 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다.

③ 제2항의 「인공관절치환 수술」에서 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 모두 보장에서 제외합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 인공관절치환을 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 인공관절치환 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

21.[갱신형] 무배당 특정질병 수술 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

21-1. 질병 관련 특별약관

21-1-1. [갱신형] 4대특정질병 치료·수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제3조(체외충격파쇄석술(급여)의 정의)에서 정한 「체외충격파쇄석술(급여)」치료를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 체외충격파쇄석술 급여 치료비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
체외충격파쇄석술 급여 치료비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제4조(제왕절개만출술(급여)의 정의)에서 정한 「제왕절개만출술(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 제왕절개만출술 급여 수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
제왕절개만출술 급여 수술비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5조(요실금 및 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「요실금」으로 진단확정되고 그 요실금 치료를 직접적인 목적으로 제5조(요실금 및 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한「요실금수술(급여)」를 받은 경우에는 연간1회에 한하여 아래에 정한 금액을 요실금 급여 수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
요실금 급여 수술비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제6조(선천성이상의 정의 및 진단확정)에서 정한 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(이하「선천성이상」이라 합니다)의 치료를 직접적인 목적으로 수술(이하「선천성이상 수술」이라 합니다)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 선천성이상 수술비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
선천성이상 수술비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 내지 제4항의 체외충격파쇄석술 급여 치료비(연간1회한), 제왕절개만출술 급여 수술비(연간1회한), 요실금 급여 수술비(연간1회한) 및 선천성이상 수술비(연간1회한)은 각각 연간 1회에 한하여 지급합니다.

⑥ 제1항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (체외충격파쇄석술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「체외충격파쇄석술(급여)」라 함은 아래의 체외충격파쇄석술 대상 수가코드에 해당하는 치료를 말하며, 수가코드 기준은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하

며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

내용	수가코드
체외충격파쇄석술 (E.S.W.L) - 신,요관,방광결석 또는 담석, 췌석 * 단, 체외충격파치료술(E.S.W.T) 제외	R3501 R3504 ~R3508

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 체외충격파쇄석술(급여) 치료 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 체외충격파쇄석술(급여) 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 「체외충격파쇄석술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「체외충격파쇄석술」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (제왕절개만출술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「제왕절개만출술(급여)」라 함은 아래의 제왕절개만출술 수술대상 수가코드에 해당하는 수술을 말하며, 수가코드 기준은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

내용		수가코드
제왕절개만출술 [인공임신중절수술은 제외함]	제왕절개술 및 자궁적출술 1태아 부분절제 - 초산 - 경산	 R4507 R4508
	제왕절개술 및 자궁적출술 1태아 전절제 - 초산 - 경산	 R4509 R4510
	1태아 임신의 경우 - 반복	 R4514
	- 초산 - 경산	R4517 R4518
	다태아 임신의 경우 - 반복 - 초산 - 경산	 R4516 R4519 R4520
	제왕절개술 및 자궁적출술 다태아 - 초산 - 경산	 R5001 R5002

<용어풀이>
- 「초산」: 처음으로 아이를 낳음
- 「경산」: 아이를 낳은 경험이 있음
- 「1태아」: 한 자궁에서 단독으로 자란 1명의 태아
- 「다태아」: 한 자궁에서 동시에 자란 여러명의 태아
- 「제왕절개술 및 자궁적출술」: 자궁적출술을 동반한 제왕절개 분만

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 제왕절개만출술(급여)의 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 제왕절개만출술(급여)의 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 「제왕절개만출술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「제왕절개만출술」항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 (요실금 및 요실금수술(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「요실금」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련21]요실금 분류표에 해당되는 질병을 말합니다.

② 「요실금」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 이 특별약관에서「요실금수술(급여)」라 함은 아래의 요실금수술(급여)대상 수가코드에 해당하는 수술을 말하며, 수가코드 기준은 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건

강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

내용		수가코드
요실금 수술	개복에 의한 수술 질강을 통한 수술	R3662
	- 자기근막을 이용한 경우[근막채취료 포함]	R3664
	- 기타의 경우	R3665

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 요실금수술(급여)의 수술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여수술 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 요실금수술(급여)의 수술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「요실금수술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「요실금수술」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (선천성이상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「선천성이상」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련22]선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표에 해당되는 질병을 말합니다.

② 「선천성이상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관의 「제왕절개만출술(급여)」, 「요실금수술(급여)」 및 「선천성이상 수술」에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

21-1-2. [갱신형] 111대질병 수술비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「111대질병 수술비(5대주요기관관혈)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(5대주요기관비관혈)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(22대주요질병)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(3대주요질병)(1년50%)」, 「111대질병 수술비(19대생활질병)(1년50%)」 및 「111대질병 수술비(62대생활질병)(1년50%)」의 총 6개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「111대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 111대질병 수술비(1년50%)(이하 「111대질병 수술비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		최초계약		갱신계약
		가입후 1년미만	가입후 1년이상	
111대질병	5대주요기관질병 관혈수술시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	5대주요기관질병 비관혈수술시			
	22대주요질병 수술시			
	3대주요질병 수술시			
	19대생활질병 수술시			
	62대생활질병 수술시			

<용어풀이>

동일한 질병으로 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

※ 관련 예시: 다수의 위의 양성신생물(D13.1)을 제거하기 위해 동일 일자에 수술한 경우 1회의 수술로 간주

② 제1항에도 불구하고 1회의 수술 중 「5대주요기관질병」의 비관혈수술과 관혈수술이 동시에 행해진 경우에는 관혈수술에 해당하는 보험금만 지급합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 「비관혈수술」은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

1. 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.
3. 「신의료수술」이라 함은 보건복지가족부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대주요기관질병의 직접적인 치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 「관혈수술」이라 함은 제3항의 「비관혈수술」 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 당뇨병성 망막병증 등 「111대질병」에 해당하는 눈 관련 질환의 직접적인 치료를 목적으로 제5조(수술의 정의와 장소) 제3항에서 정한 레이저(Laser) 수술을 받은 경우 60일 이내에 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 111대질병 수술비를 지급하며, 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있

습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제4조 (111대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「111대질병」이라 함은 「5대주요기관질병」, 「22대주요질병」, 「3대주요질병」, 「19대생활질병」 및 「62대생활질병」을 총칭합니다.

② 제1항에서 「5대주요기관질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련14] 5대주요기관질병 분류표Ⅱ에서 정한 질병을 말합니다.

③ 제1항에서 「22대주요질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련17] 22대주요질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

④ 제1항에서 「3대주요질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련18] 3대주요질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 제1항에서 「19대생활질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련19] 19대생활질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

⑥ 제1항에서 「62대생활질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류질병에 있어서 [별표-질병관련20] 62대생활질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

⑦ 「111대질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

구 분		해당 질병
111대 질병	5대주요기관질병	뇌질환, 심질환, 간질환, 췌장질환, 폐질환
	22대주요질병	위·십이지장궤양, 결핵, 신부전, 녹내장, 동맥경화증, 만성 기관지염, 폐렴, 바이러스간염, 패혈증, 부갑상선 기능질환, 뇌하수체 기능질환, 수막염, 뇌 및 척수의 염증성 질환, 파킨슨병, 뇌전증, 뇌성마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 버거씨병, 폐부종, 특정호흡기질환, 위공장궤양
	3대주요질병	당뇨병질환, 고혈압질환, 갑상선 질환
	19대생활질병	안면신경장애, 손목터널증후군, 단일신경병증, 중증근무력증, 미비, 급성골수염, 뼈의 파젯병, 기타비대성 골관절병증, 림프절염, 호흡계통 양성신생물, 기타 호흡계통의 양성신생물, 기타 흉곽내기관의 양성신생물, 골 및 관절연골의 양성신생물, 비뇨기관의 양성신생물, 갑상선의 양성신생물, 기타 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 세뇨관질환, 신장 및 요관의 기타 질환
	62대생활질병	백내장, 안검하수, 관절염, 추간판장애, 급성 상기도 감염, 축농증, 편도염, 수면무호흡증, 식도 질환, 위·십이지장 질환, 탈장 질환, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭·담도의 질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 결석, 방광의 기타질환, 남성 생식기관의 질환, 치핵 및 항문주위 정맥혈전증, 공막·각막·홍채 및 섬모체의 장애, 맥락막 및 망막의 장애, 유리체의 장애, 눈 및 부속기의 양성신생물, 시신경 및 시각경로의 장애, 외이의 질환, 중이염, 중이 및 유돌의 질환, 내이의 질환, 특정 소화기 양성신생물, 비장의 질환, 기타 소화기 질환, 요도결석증, 비뇨기의 기타질환, 난소 및 난관의 질환, 여성골반내 기관의 염증성 질환, 여성생식관의 비염증성 장애, 여성생식기의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 유방의 비대, 유방의 장애, 전신결합조직 장애, 누적외상성 질환, 변형성 등병증, 척추병증, 기타 등병증, 근육장애, 윤활막 및 힘줄장애, 발바닥근막염, 어깨병변, 골다공증, 골괴사증, 연골병증, 황반변성, 동맥 및 세동맥의 질환, 하지정맥류, 코의 기타질환, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 외부요인에 의한 폐질환, 조직의 양성신생물, 남성생식기 양성신생물

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「111대질병」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「111대질병」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술, 선천성질병으로 인한 수술, 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등의 안과질환수술인 경우는 제외합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술
2. 단순코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검 수술은 보상합니다)
   나. 유방축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다)

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 입퇴원확인서, 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

21-1-5. [갱신형] 특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「여성 특정유방질환」으로 진단 확정되고, 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 직접적인 목적으로 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」을 받은 때에는 목적, 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)(1년50%)(이하 「특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)」이라 합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다.

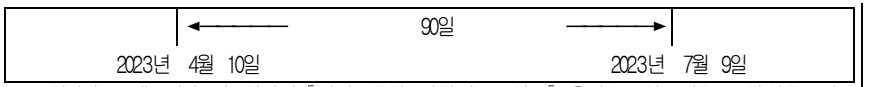
구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
특정유방병변 진공흡인 절제치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「여성 특정유방질환」 및 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「여성 특정유방질환」 및 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일	보장개시일(책임개시일)



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「여성 특정유방질환」 및 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 제1항의 특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술의 정의)에서 정한 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」을 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「여성 특정유방질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병([별표-질병관련42]여성 특정유방질환 분류표 참조)을 말합니다. 다만, [별표-질병관련42]여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 유방의 비대(N62)

② 제1항의 「여성 특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조 (초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술의 정의)

이 특별약관에서 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」이라 함은 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 목적으로 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하여 절제하는 것을 말합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「여성 특정유방질환」 및 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 「여성 특정유방질환」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「여성 특정유방질환」 및 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(여성 특정유방질환의 정의 및 진단확정)에서 정한 「여성 특정유방질환」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

21-1-6. [갱신형] 5대주요기관질병 수술비Ⅱ(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「[갱신형]5대주요기관질병 관혈수술비Ⅱ(1년감액)」 및 「[갱신형]5대주요기관질병 비관혈수술비Ⅱ(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 뇌질환, 심질환, 간질환, 췌장질환 또는 폐질환([별표-질병관련14]5대주요기관질병 분류표Ⅱ참조. 이하 「5대주요기관질병」이라 합니다)(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술 또는 비관혈수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에 정한 금액을 「5대주요기관질병 수술비Ⅱ」로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 수술 중 비관혈수술과 관혈수술이 동시에 행해진 경우에는 관혈수술비만 지급합니다.

구분		최초계약			갱신계약
		가입후 180일미만	가입후 1년미만(180일미만 제외)	가입후 1년이상	
관혈수술시	뇌질환 또는 심질환	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 췌장질환 또는 폐질환	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
비관혈수술시	뇌질환 또는 심질환	해당 세부보장 보험가입금액의 10%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	간질환, 췌장질환 또는 폐질환	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「5대주요기관질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

③ 제1항의 「비관혈수술」은 「내시경수술」, 「카테터수술」, 「신의료수술」을 말합니다.

1. 「내시경수술」이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용한 영상을 통하여 보면서 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 제외합니다.
2. 「카테터수술」이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접 치료목적의 수술행위를 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.
3. 「신의료수술」이라 함은 보건복지부에 신의료기술로 등재되어 있고 해당 부위에 직접적인 치료를 목적으로 하는 수술행위를 말하며, 5대주요기관질병의 직접적인 치료를 목적으로 하는 「치료적 방사선 조사」를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 「도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입」과 「중심정맥관 삽입술」은 제외합니다.

④ 제1항의 「관혈수술」이라 함은 제3항의 「비관혈수술」 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 「대뇌내시경」, 「복강경하수술」, 「흉강경하수술」은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가

변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제4조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「5대주요기관질병」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「5대주요기관질병」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제 6 조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

21-1-7. [갱신형] 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술」을 받은 경우에는 부위 및 횟수와 관계없이 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(1년50%)(이하 「특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

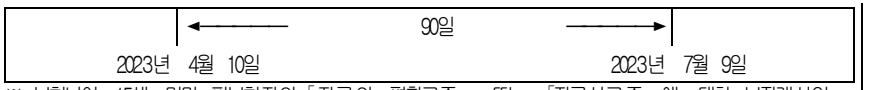
구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일	보장개시일(책임개시일)



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(고강도초음파집속술의 정의) 제1항에서 정한 「고강도초음파집속술」을 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (자궁의 평활근종 및 자궁선근증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「자궁의 평활근종」이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 D25(자궁의 평활근종)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「자궁선근증」이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 N80.0(자궁의 자궁내막증)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑥ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제4조 (고강도초음파집속술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「고강도초음파집속술」이라 함은 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 시술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술	RZ565
초음파 유도하 고강도초음파집속술	RZ566

<용어풀이>

[자기공명유도 하 고강도초음파집속술]
자기공명영상(MR) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법

[초음파 유도하 고강도초음파집속술]
B-mode 초음파(US) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법

② 제1항의 「고강도초음파집속술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「고강도초음파집속술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「고강도초음파집속술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 「고강도초음파집속술」 시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「고강도초음파집속술」을 받은 것으로 봅니다. 이는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지되었을 경우에도 동일하게 적용됩니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「자궁의 평활근종」 및 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(자궁의 평활근종 및 자궁선근증의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「자궁의 평활근종」 및 「자궁선근증」에 대한 보장개시일 (책임개시일)의 전일 이전에 제3조(자궁의 평활근종 및 자궁선근증의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를

지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

21-1-8. [갱신형] 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술」을 받은 경우에는 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%)(이하 「특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

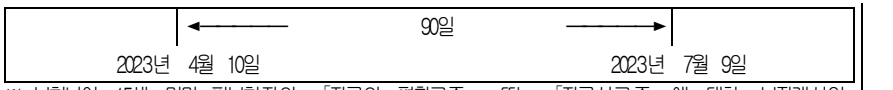
구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일	보장개시일(책임개시일)



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 제1항의 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(고강도초음파집속술의 정의) 제1항에서 정한 「고강도초음파집속술」을 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (자궁의 평활근종 및 자궁선근증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「자궁의 평활근종」이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 D25(자궁의 평활근종)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「자궁선근증」이라 함은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 N80.0(자궁의 자궁내막증)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 「자궁의 평활근종」또는 「자궁선근증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑥ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한

국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제4조 (고강도초음파집속술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「고강도초음파집속술」이라 함은 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 시술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술	RZ565
초음파 유도하 고강도초음파집속술	RZ566

<용어풀이>

[자기공명유도 하 고강도초음파집속술]
자기공명영상(MR) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법

[초음파 유도하 고강도초음파집속술]
B-mode 초음파(US) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법

② 제1항의 「고강도초음파집속술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「고강도초음파집속술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「고강도초음파집속술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 「고강도초음파집속술」 시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「고강도초음파집속술」을 받은 것으로 봅니다. 이는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지되었을 경우에도 동일하게 적용됩니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「자궁의 평활근종」 및 「자궁선근증」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(자궁의 평활근종 및 자궁선근증의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「자궁의 평활근종」 및 「자궁선근증」에 대한 보장개시일 (책임개시일)의 전일 이전에 제3조(자궁의 평활근종 및 자궁선근증의 정의 및 진단확정) 제1항 및 제2항에서 정한 「자궁의 평활근종」 또는 「자궁선근증」으로 진단확정 되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가

적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

21-1-11. [갱신형]2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 뇌질환([별표-질병관련13]2대주요기관질병 분류표II 중 뇌질환 참조)으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 제3조(스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의)에서 정한 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌질환 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
뇌질환 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 심질환([별표-질병관련13]2대주요기관질병 분류표II 중 심질환 참조)으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 제3조(스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의)에서 정한 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형술을 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 심질환 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
심질환 스텐트삽입술 또는 풍선혈관성형수술시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항 및 제2항에서 뇌질환 및 심질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에서 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제3조(스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의) 제1항에서 정한 행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」이라 함은 [별표-질병관련44]스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항의 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금

지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(급여수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
   (단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.)

<용어풀이>

[급여수가코드]

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

21-1-13. [갱신형] 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌경색증(I63)」 또는 「급성심근경색증(I21)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」 또는 「심장 특정 혈전제거술(급여)」을 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
뇌 특정 혈전제거술(급여) 심장 특정 혈전제거술(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류질병코딩 지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌경색증(I63)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌경색증(I63)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌경색증(I63)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 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 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제4조 (급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장 동맥) 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 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제5조 (「뇌 특정 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서「뇌 특정 혈전제거술(급여)」라 함은 [별표-질병관련47]뇌 특정 혈전제거술(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항에서 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「뇌 특정 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

⑥ 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제6조 (「심장 특정 혈전제거술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서「심장 특정 혈전제거술(급여)」라 함은 [별표-질병관련48]심장 특정 혈전제거술(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항에서 「심장 특정 혈전제거술(급여)」은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의「심장 특정 혈전제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「심장 특정 혈전제거술(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

⑥ 「심장 특정 혈전제거술(급여)」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수기재), 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 입퇴원확인서, 의사

소견서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

22. 무배당 상해 진단 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

22-1. 상해 관련 특별약관

22-1-2. 골절 진단비(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련6]골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

22-1-3. 5대골절 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련7]5대골절 분류표에 정한 골절(이하「5대골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 5대골절 진단비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

22-1-5. 화상 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련9]화상 분류표에 정한 화상(이하「화상」이라 합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 화상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은 [별표-상해관련9]화상 분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

③ 제1항의 화상 진단비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

22-1-6. 중대 화상·부식 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중대 화상·부식 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (중대 화상·부식의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 보장하는 「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 "9의 법칙(The Rule of 9's)" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder Chart)"에 의해 측정된 신체 표면적으로, 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다.

② 제1항에서 "9의 법칙" 또는 "룬드와 브라우더 신체 표면적 차트" 측정법과 같이 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우에도 이를 인정합니다.

③ 「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 기록결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「중대 화상·부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중대 화상·부식 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

22-1-7. 특정 외상성 뇌손상 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 「특정 외상성 뇌손상」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 특정 외상성 뇌손상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (특정 외상성 뇌손상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 외상성 뇌손상」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-상해관련2]특정 외상성 뇌손상 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

② 「특정 외상성 뇌손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정 외상성 뇌손상 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

22-1-8. 특정 외상성 뇌출혈 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 「특정 외상성 뇌출혈」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 특정 외상성 뇌출혈 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (특정 외상성 뇌출혈의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 외상성 뇌출혈」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-상해관련3]특정 외상성 뇌출혈 분류표에서 정한 상병을 말합니다.

② 「특정 외상성 뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정 외상성 뇌출혈 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

22-1-9. 특정 외상성 장기손상 진단비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 「특정 외상성 장기손상」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 특정 외상성 장기손상 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특정 외상성 장기손상의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 외상성 장기손상」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-상해관련4]특정 외상성 장기손상 분류표에서 정한 상병을 말합니다. 단, 수술을 하지 않은 탈장 및 내부장기의 단순 부종이나 단순 울혈 등은 제외합니다.

② 「특정 외상성 장기손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상법(MRI), 초음파 검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정 외상성 장기손상 진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

22-2. 상해 및 질병 관련 특별약관

22-2-1. 깁스 치료비(부목치료 제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해 또는 질병으로 「깁스(Cast)치료」(이하 「깁스치료」라 합니다)를 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비(부목치료 제외)로 보험수익자에게 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.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (「깁스(Cast)치료」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 고정 할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제4조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

23.[갱신형] 무배당 상해 진단 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

23-1. 상해 관련 특별약관

23-1-5. [갱신형] 중증화상 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제6조(보험료 납입면제)와 제7조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 「중증화상 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상 산정특례대상보장(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 중증화상 산정특례대상보장(연간1회한)은 「중증화상 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당, 연간1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」([별표-질병관련30]본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 참조)의 개정으로 「중증화상 산정특례대상」의 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「중증화상 산정특례대상」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「중증화상 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상 산정특례대상보장(연간1회한)을 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조 (중증화상 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증화상 산정특례대상」이라 함은 [별표-상해관련17]중증화상환자 산정특례대상 분류표및 [별표-상해관련18]본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병 및 수술명에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

> [중증화상 산정특례 등록신청 절차]
>
> 「중증화상 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례대상질환으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

③ 제2항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증화상 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

> <예시안내>
>
> 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으

로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 건강보험(중증화상) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일, SMS 등), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

23-1-6. [갱신형] 중증외상 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제6조(보험료 납입면제)와 제7조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 「중증외상 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 중증외상 산정특례대상보장(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 중증외상 산정특례대상보장(연간1회한)은 「중증외상 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당, 연간1회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 산정특례 등록일은 해당 상해로 권역외상센터에 입원한 입원 첫날을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 이 특별약관에 따른 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」([별표-질병관련30]본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 참조)의 개정으로 「중증외상 산정특례대상」의 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 「중증외상 산정특례대상」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례 대상이 되어 법령에 따라 「중증외상 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증외상 산정특례대상보장(연간1회한)을 지급하지 않으며 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조 (중증외상 산정특례대상의 정의)

① 이 특별약관에서 「중증외상 산정특례대상」이라 함은 [별표-상해관련19]중증외상환자 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

② 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

1. 「중증외상 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
2. 중증외상환자는 손상중증도점수가 측정된 진료기간의 최초 내원일로부터 최대 30일간 산정특례를 적용합니다.

③ 제2항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제4항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증외상 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

<예시안내>

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

④ 회사는 제3항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑤ 제3항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우

회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑦ 제3항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑧ 제3항 내지 제7항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

24.무배당
상해 수술 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

24-1. 상해 관련 특별약관

24-1-2. 뇌·내장손상 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 사고일부터 그날을 포함하여 180일 이내에 아래에 정한 상태(이하「뇌·내장손상」이라 합니다)에 해당되는 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌·내장손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌손상 : 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상([별표-상해관련1]뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고 그 치료를 목적으로 개두(開頭) 수술을 받은 경우
2. 내장손상 : 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장,폐,위,장,간장,췌장,비장,신장,방광)의 기관에 기질적 손상([별표-상해관련1]뇌·내장손상 분류표 참조)을 입고, 그 치료를 목적으로 개흉(開胸)수술 또는 개복(開腹) 수술을 받은 경우

<용어풀이>

[개두(開頭)수술]
두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.

[개흉(開胸)수술]
흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡격막, 종격동, 식도수술 등 흉강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.

[개복(開腹)수술]
복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복술에 준하는 것으로서 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적 조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

② 피보험자가 동일한 사고로 인해 뇌·내장손상 수술비 지급사유가 2가지 이상 발생한 경우에도 한가지 사유에 의한 금액만을 보상합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 뇌손상 또는 내장손상으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 뇌손상 또는 내장손상의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술을 한 경우

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌·내장손상 수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-3. 화상 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련9]화상 분류표에 정한 화상(이하 「화상」이라 합니다)으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 화상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 화상이라 함은 [별표-상해관련9]화상 분류표에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

③ 제1항의 화상 수술비는 매사고 마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 화상의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 화상의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-4. 상해흉터복원(성형) 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상(추한 모습)장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복(이하 「상해흉터복원」이라 합니다)을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술(단, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일부터 2년이 지난 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)을 받은 경우 아래에 정한 금액을 상해흉터복원(성형) 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	안면부	상지 · 하지
지급액	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한합니다)

② 제1항에서 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술 cm는 최장직경으로 합니다.

③ 제1항에서 정한 상해흉터복원(성형) 수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

<용어풀이>

[안면부, 상지, 하지]

1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
2. 상지란 어깨관절 이하의 팔과 손가락 부분을 말합니다.
3. 하지란 엉덩이관절 이하 다리와 발가락 부분을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 상해 원인 외 단순 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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제4조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-6. 상해 관절(무릎·고관절)손상 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 [별표-상해관련11]상해 관절(무릎·고관절)손상 분류표에서 정한 관절(무릎 · 고관절)손상(이하 「상해 관절(무릎 · 고관절)손상」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 관절(무릎 · 고관절)손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급합니다.

제2조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해 관절(무릎 · 고관절)손상」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「상해 관절(무릎 · 고관절)손상」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액 · 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상

합니다.

3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-7. 상·하지 특정상해 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 [별표-상해관련13]상·하지 특정상해 분류표에서 정한 상·하지 특정상해(이하 「상·하지 특정상해」라 합니다)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상·하지 특정상해 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급합니다.

<용어풀이>

[상지]
어깨관절 이하의 팔과 손가락 부분을 말합니다.
[하지]
엉덩이관절 이하의 다리와 발가락 부분을 말합니다.

제2조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상·하지 특정상해」로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「상·하지 특정상해」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.
3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-8. 상해 척추손상 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 [별표-상해관련10]상해 척추손상 분류표에서 정한 척추손상(이하 「상해 척추손상」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 상해 척추손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급합니다.

제2조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「상해 척추손상」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「상해 척추손상」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.

3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-9. 아킬레스힘줄손상 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 [별표-상해관련12]아킬레스힘줄손상 분류표에서 정한 아킬레스힘줄손상(이하 「아킬레스힘줄손상」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 아킬레스힘줄손상 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급합니다.

제2조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「아킬레스힘줄손상」으로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「아킬레스힘줄손상」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

[신의료기술평가위원회]
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상

합니다.

3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-10. 상해 골절 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련8]골절 분류표에 정한 골절(이하 「골절」이라 합니다)을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 상해 골절 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 상해 골절 수술비는 매사고 마다 각각 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 골절로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 골절의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.

3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-1-11. 5대골절 수술비 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로써 [별표-상해관련7]5대골절 분류표에 정한 골절(이하 「5대골절」이라 합니다)을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 5대골절 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 5대골절 수술비는 매사고 마다 각각 지급합니다. 다만, 동일한 상해사고를 직접적인 원인으로 동시에 2가지 이상 또는 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 골절로 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 골절의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.

3. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

24-2. 상해 및 질병 관련 특별약관

24-2-1. 창상봉합술 치료비(1일1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해 또는 질병으로 아래에 정한 창상봉합술을 받은 경우 각 보장별 1일 1회, 총 연간 3회에 한하여 아래에 기재된 지급금액을 창상봉합술 치료비(1일1회한)(이하 「창상봉합술 치료비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

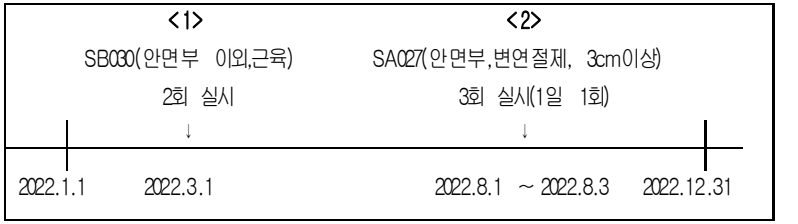
보장구분	보험금 지급사유	지급금액
창상봉합술(3/5cm 미만,급여)(A)	상해 및 질병으로 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 「창상봉합술(3/5cm미만,급여)」을 받는 경우	이 특별약관 가입금액의 10%
창상봉합술(급여)(B)	상해 및 질병으로 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 「창상봉합술(급여)」을 받는 경우	이 특별약관 가입금액의 100%
안면부 창상봉합술(급여)(C)	상해 및 질병으로 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 「안면부 창상봉합술(급여)」을 받는 경우	이 특별약관 가입금액의 100%
안면부 창상봉합술(단순봉합 제외,급여)(D)	상해 및 질병으로 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 「안면부 창상봉합술(단순봉합 제외,급여)」을 받는 경우	이 특별약관 가입금액의 100%

보장구분	지급기준	
	안면 또는 경부	안면과 경부 이외
창상봉합술(3/5cm 미만,급여)(A)	표재성 3cm 미만	표재성 5cm 미만
창상봉합술(급여)(B)	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm 이상 또는 근육에 달하는 것
안면부 창상봉합술(급여)(C)	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	미보장

보장구분	지급기준	
	안면 또는 경부	안면과 경부 이외
안면부 창상봉합술(단순봉합 제외,급여)(D)	3cm이상 또는 근육에 달하는 것(단순봉합 제외)	미보장

<지급금액 예시>

·계약일 : 2022년 1월 1일



<1>	· (B) 보험금 1회
<2>	· (B) 보험금 2회 + (C) 보험금 3회 + (D) 보험금 3회

<용어풀이>

[창상봉합술]

창상봉합술이란 상처로 인해 벌어지거나 수술을 위해 벤 조직을 꿰매어 맞추어 주는 것을 말합니다.

[안면부]

안면부란 이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴 부분을 말합니다.

② 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 창상봉합술을 받은 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 이 특별약관에서 정한 수가코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 치료에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>
자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 창상봉합술 치료를 받은 경우에도 보장하는 수가코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 창상봉합술 치료비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (창상봉합술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「창상봉합술(3/5cm미만,급여)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 [별표-상해및질병관련1]급여 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다

② 이 특별약관에서 「창상봉합술(급여)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 [별표-상해및질병관련2]급여 창상봉합술 대상 수가코드에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「안면부 창상봉합술(급여)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 [별표-상해및질병관련3]급여 창상봉합술(안면부) 대상 수가코드에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「안면부 창상봉합술(단순봉합 제외,급여)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 [별표-상해및질병관련4]급여 창상봉합술(안면부,단순봉합제외) 대상 수가코드에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 창상봉합술은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 제1항 내지 제4항의 창상봉합술은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

.

26. 무배당
항암 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

26-1. 질병 관련 특별약관

26-1-2. 항암방사선·약물 치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))(1년50%)」 및 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))(1년50%)(이하 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)(1년50%)(이하 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
기타피부암 또는 갑상선암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ← 90일 → 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일 2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 또는 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)), 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 치료비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-4. 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 계속받는 항암방사선·약물치료비(연간1회한)(1년50%)(이하「계속받는 항암방사선·약물치료비(연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ←―― 90일 ――→ 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일 2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

⑤ 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-6. 10대 주요암 항암방사선·약물 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「10대 주요암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 10대 주요암 항암방사선·약물치료비(1년50%)(이하 「10대 주요암 항암방사선·약물 치료비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
10대 주요암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ← 90일 → 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일 ~ 2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (10대 주요암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「10대 주요암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「식도의 악성신생물」, 「간 및 간내 담관의 악성신생물」, 「담낭의 악성신생물」, 「담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물」, 「췌장의 악성신생물」, 「기관의 악성신생물」, 「기관지 및 폐의 악성신생물」, 「골 및 관절연골의 악성신생물」, 「뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물」, 「림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물」([별표-질병관련6]10대 주요암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「10대 주요암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「10대 주요암」으로 진단 또

는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「10대 주요암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「10대 주요암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따를 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대 주요암 항암방사선 · 약물 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-8. 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원」및「기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

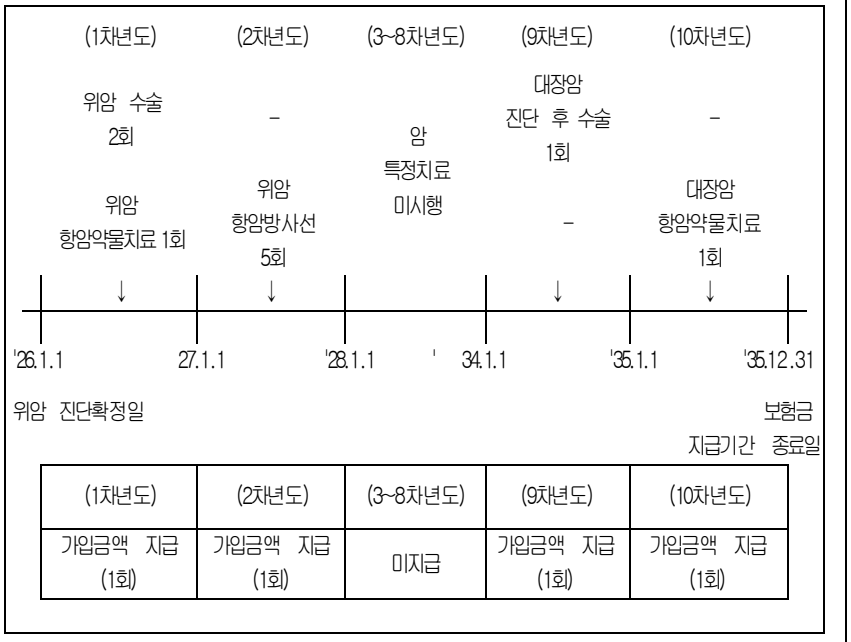
제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에「암」으로「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에「암」으로 진단확정시	가입후 1년이상에「암」으로 진단확정시
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

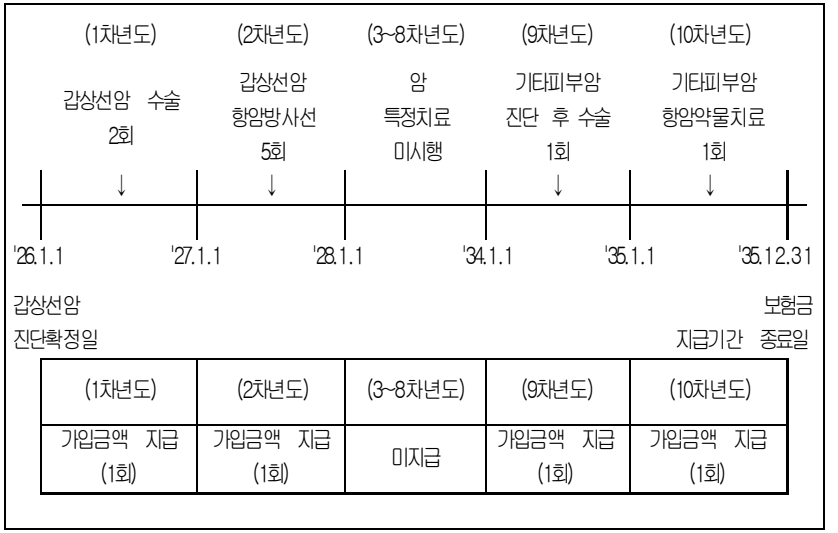
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에「기타피부암」또는「갑상선암」으로「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정시	가입후 1년이상에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정시
기타피부암 또는 갑상선암 진단 후「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「기타피부암 및 갑상선암 보험	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

	금 지급기간」동안 적용	

< 예시안내 >

· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 경우「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ←—— 90일 ——→ 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일 2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑥ 제1항 및 제2항에서「연간」이란「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

⑦ 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이란「암」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」으로 합니다.

⑧ 이 특별약관에서「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이란「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라

보장합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-개별사항26-2] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」로 봅니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」라 함은 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제2항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 봅니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

4 ~ 5. (생 략)

6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암 (생 략)

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제7조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」또는「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3.「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」및「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」 또는 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제9조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정된 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제10조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제12조(특별약관의 소멸) 제1항 내지 제3항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장 또는 제9조(보험료 납입면제) 제1항 및 제2항에서 보험료 납입이 면제된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제11조 (특별약관의 무효)

① 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항 에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 보험금 또는 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 및 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제13조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제5항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-10. 암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅱ」및「기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅱ」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

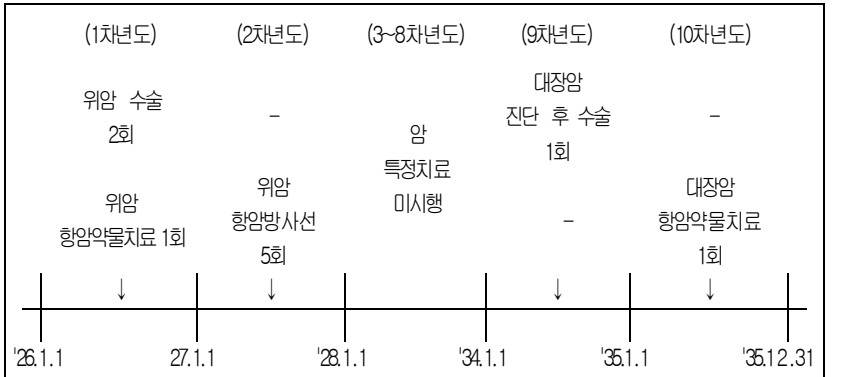
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원에서「암」으로「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에 「암」으로 진단확정시	가입후 1년이상에 「암」으로 진단확정시
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)

※ 아래의 모든 치료는 상급종합병원에서 받은 경우를 가정함



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원에서 「기타피부암」또는「갑상선암」으로「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

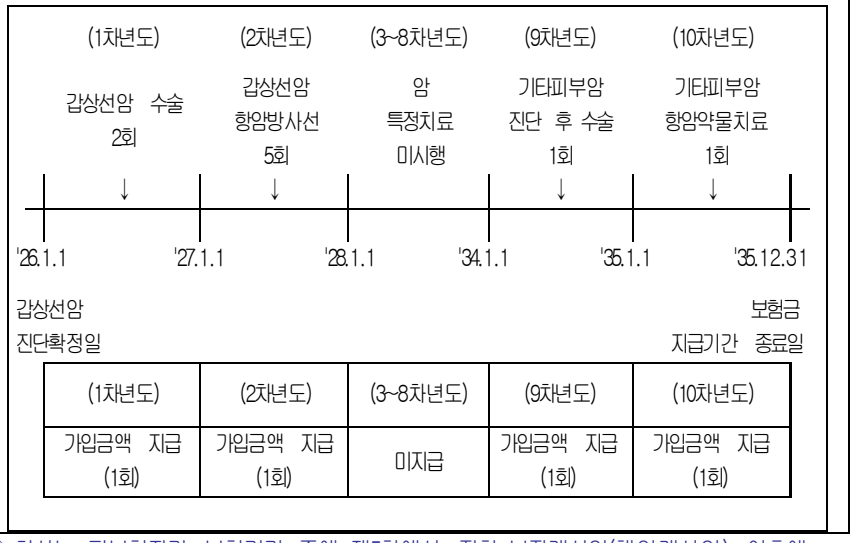
구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정시	가입후 1년이상에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정시

기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」 시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)

※ 아래의 모든 치료는 상급종합병원에서 받은 경우를 가정함



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원II 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원II 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑥ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이란 「암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」으로 합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이란 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급

사유) 제7항에서 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제5조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-개별사항26-2]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제6조 (암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」라 함은「암」을 제거하거나「암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2.「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고,「암」으로 인하여「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」로 봅니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」라 함은「기타피부암」또는「갑상선암」을 제거하거나「기타피부암」또는「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1.「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2.「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우

3. 제2항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 봅니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

4 ~ 5. (생 략)

6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암 (생 략)

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」 또는 「기타피부암 및

갑상선암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3.「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」및「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」또는「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제10조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정된 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제13조(특별약관의 소멸) 제1항 내지 제3항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장 또는 제10조(보험료 납입면제) 제1항 및 제2항에서 보험료 납입이 면제된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제12조 (특별약관의 무효)

① 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항 에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원II 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원II 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에

「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅱ 보험금 또는 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅱ 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅱ 및 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅱ 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제5항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-13. 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조(보험금의 지급사유)

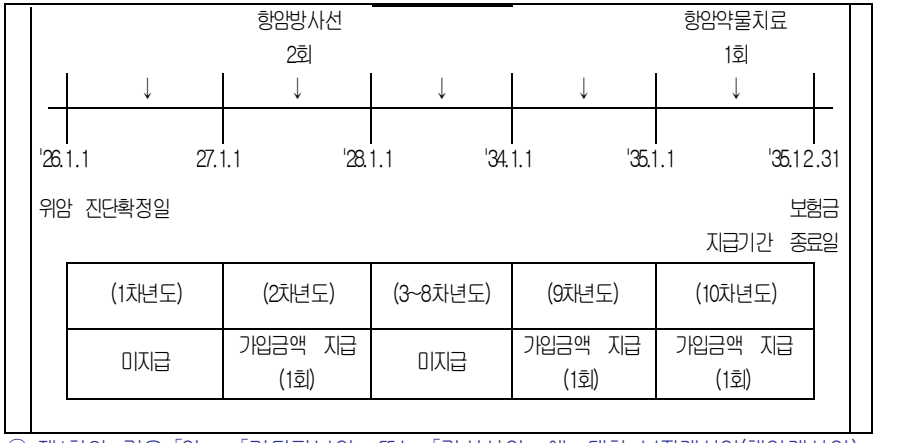
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」이내에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 암 특정치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)

(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
위암 수술 (급여(전액본인부담 이외)) 2회	위암 항암방사선 3회	하이클래스 암 특정치료 미시행	대장암 진단 후 전액본인부담 (비급여포함) 수술1회	-
-	위암 전액본인부담 (비급여포함)		-	대장암 전액본인부담 (비급여포함)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ← 90일 → 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일 — 2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 보험금 지급기간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (하이클래스 암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암 특정치료」라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[진료비 세부 내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은「하이클래스 암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료

3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「하이클래스 암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「하이클래스 암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으

로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-16. 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(기가입자용)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조(보험금의 지급사유)

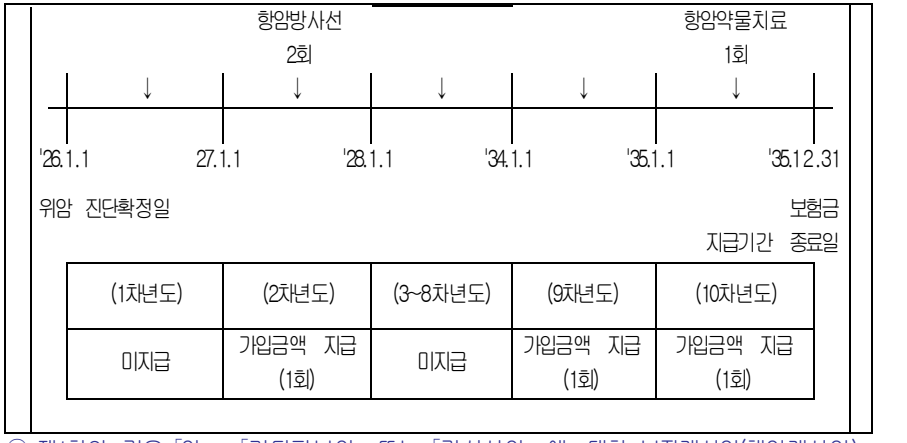
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」이내에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 암 특정치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)

(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
위암 수술 (급여(전액본인부담 이외)) 2회	위암 항암방사선 3회	하이클래스 암 특정치료 미시행	대장암 진단 후 전액본인부담 (비급여포함) 수술1회	-
-	위암 전액본인부담 (비급여포함)		-	대장암 전액본인부담 (비급여포함)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일 ← 90일 → 보장개시일(책임개시일)

2023년 4월 10일 — 2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 보험금 지급기간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (하이클래스 암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암 특정치료」라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[진료비 세부 내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「하이클래스 암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료

3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「하이클래스 암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「하이클래스 암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제9조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일

로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-19. 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회 한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

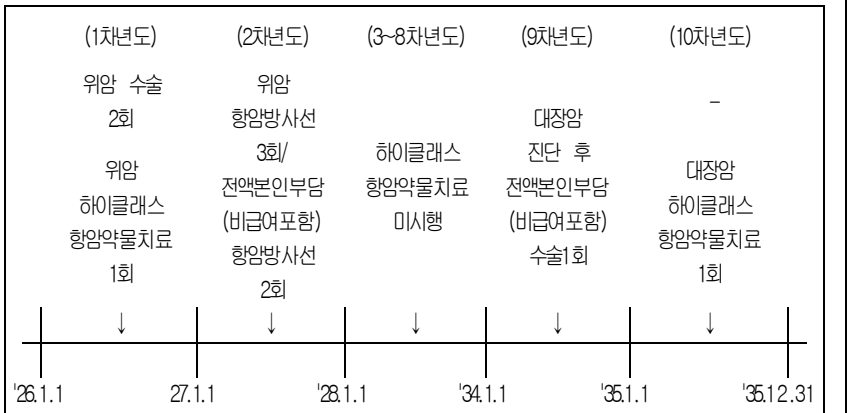
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」 이내에 「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」 동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 항암약물치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	미지급	미지급	미지급	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 보험금 지급기간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조 (하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 항암약물치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>
[진료비 세부 내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「하이클래스 항암약물치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「하이클래스 항암약물치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기

간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-22. 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회 한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」 이내에 「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」 동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 항암약물치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	미지급	미지급	미지급	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 보험금 지급기간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조 (하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 항암약물치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>
[진료비 세부 내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「하이클래스 항암약물치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「하이클래스 항암약물치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선

암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-23. 암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

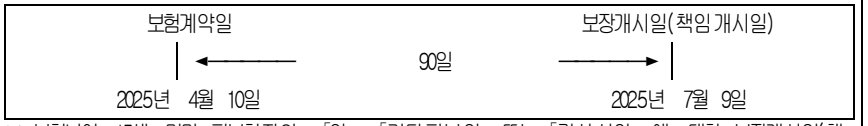
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 치료비 지원III(기가입자용) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-27. 암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅲ」및「기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅲ」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

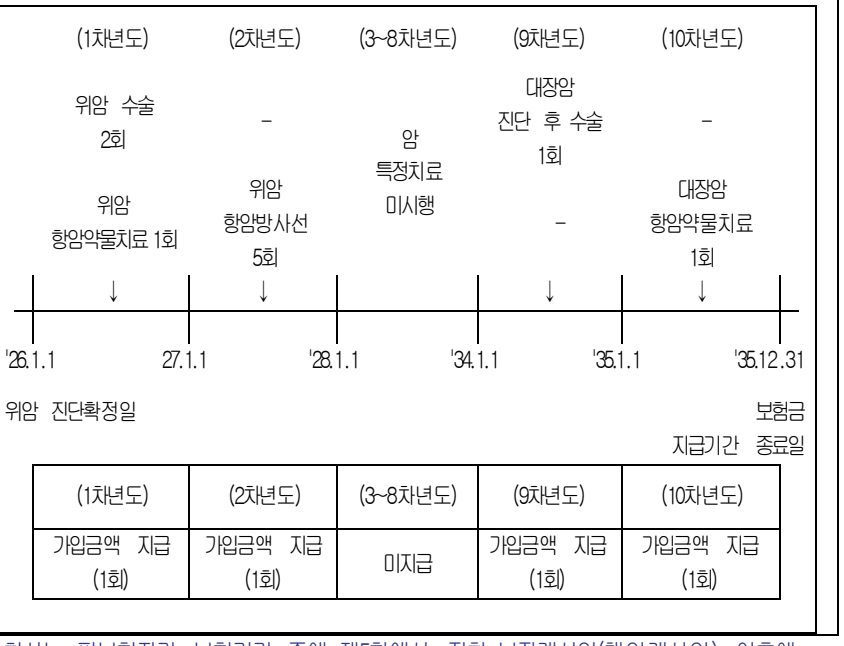
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에 「상급종합병원Ⅱ」에서 「암」으로「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에 「암」으로 진단확정시	가입후 1년이상에 「암」으로 진단확정시
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ에서	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「암(기타피부암 및 갑상선암	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」시	제외) 보험금 지급기간」동안 적용	

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)

※ 아래의 모든 치료는 「상급종합병원Ⅱ」에서 받은 경우를 가정함



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에 「상급종합병원Ⅱ」에서 「기타피부암」또는「갑상선암」으로「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

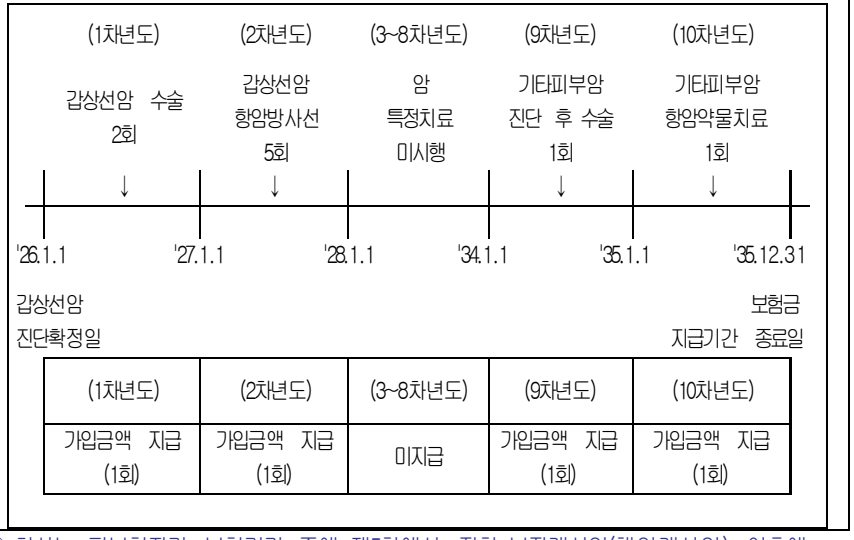
구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에 「기타피부암」또는「갑상선암」	가입후 1년이상에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정시

	으로 진단확정시	
기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ에서 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)

※ 아래의 모든 치료는 「상급종합병원Ⅱ」에서 받은 경우를 가정함



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

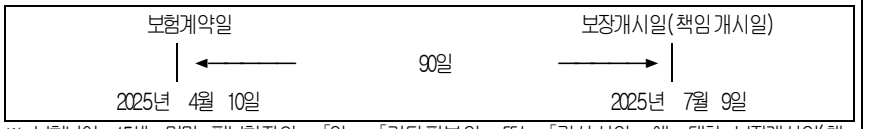
③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅲ 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅲ 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 경우 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑥ 제1항 및 제2항에서「연간」이란「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

⑦ 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이란「암」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」으로 합니다.

⑧ 이 특별약관에서「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이란「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하

는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (상급종합병원Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원Ⅱ」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」, 「국립암센터」 및 「원자력병원」을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

② 이 특별약관에서「국립암센터」라 함은 암관리법 제27조(국립암센터 설립 등) 및 제29조(부속기관의 설치)에서 정한 국립암센터의 부속병원을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「원자력병원」이라 함은 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법 제13조의2(한국원자력의학원의 설립) 및 제13조의3(분원 또는 부설기관)에서 정한 한국원자력의학원원자력병원 및 동남권원자력의학원을 말합니다.

<관련법규>

[암관리법]

제27조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립·운영한다.

제29조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

[방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법]

제13조의2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구·개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 "의학원"이라 한다)을 설립한다.

제13조의3(분원 또는 부설기관)

의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

제5조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제6조 (암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」로 봅니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」라 함은 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제2항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 봅니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4 ~ 5. (생 략)
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
가. 암 (생 략)

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 중 「상급종합병원Ⅱ」에서 의사의 관리 하에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>
[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」 또는 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」 및 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」 또는 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제10조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정된 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제13조(특별약관의 소멸) 제1항 내지 제3항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장 또는 제10조(보험료 납입면제) 제1항 및 제2항에서 보험료 납입이 면제된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제12조 (특별약관의 무효)

① 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅲ 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅲ 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제13조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅲ 보험금 또는 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅲ 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원Ⅲ 및 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원Ⅲ 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 특별약관 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 상급종합병원II 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제15조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제5항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-30. 특정 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「특정 항구토제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)」및「특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료로 인하여 「급여 특정 항구토제」를 투약처방 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정 항구토제 치료비(급여)(연간1회한)(1년 50%)(이하「특정 항구토제 치료비(급여)(연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료로 인하여 「급여 특정 항구토제」를 투약처방 받은 경우	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

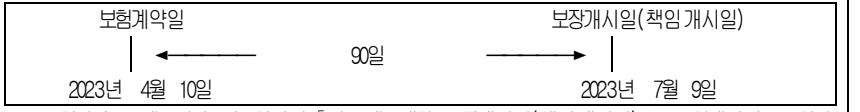
② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료로 인하여 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」를 투약처방 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)(이하「특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료로 인하여 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」를 투약처방 받은 경우	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항 내지 제2항의 경우「암」의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 단,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (「급여 특정 항구토제」 및 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 항구토제」라 함은 [별표-질병관련56] 급여 특정 항구토제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」라 함은 [별표-질병관련57] 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 보험금지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」, 「급여 특정 항구토제」 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-32. 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

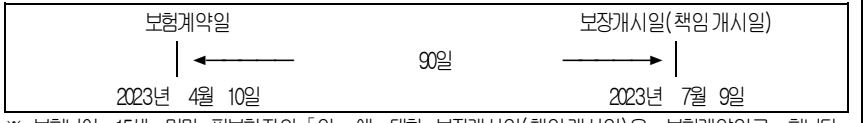
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암중입자방사선치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 중입자방사선 치료비(1년50%)(이하 「항암 중입자방사선 치료비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 항암중입자방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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 초래

할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암중입자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암중입자방사선치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암방사선치료」중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 「암」, 「기타피부암」또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말하며, 「항암양성자방사선치료」는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의「항암양성자방사선치료」라 함은 제2항에서 정한「항암방사선치료」중, 국내에 허가된 양성자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 「암」, 「기타피부암」또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

①다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암 중입자방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-35. 항암 방사선 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 다음에서 정한 각각의 구분에 따라 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 방사선 치료비(1년50%)(이하「항암 방사선 치료비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
2. 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우

구분	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 또는 갑상선암으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며,「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.
※ 피보험자의 보험나이와 관계없이「기타피부암」및「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급한 이후에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급한 때에는 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-38. 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

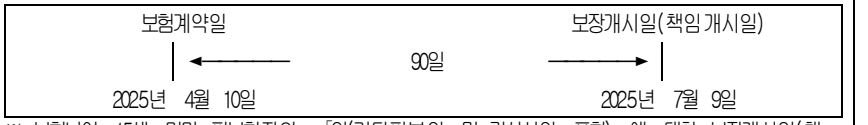
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고, 「종합병원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료Ⅱ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅱ(1년 50%)(이하「종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅱ」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	연간 지급 한도	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료Ⅱ	수술	연간 1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 제1항의 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사

(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함)특정치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료Ⅱ」라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 제거하거나 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(의료기관)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제9조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적

립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제 30 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15 세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-41. 종합병원 10대주요암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

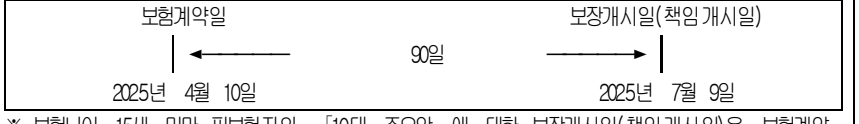
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「10대 주요암」으로 진단확정되고, 「종합병원」에서 「10대 주요암」으로 「10대 주요암 특정치료Ⅱ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 10대 주요암 특정치료비Ⅱ(1년50%)(이하 「종합병원 10대 주요암 특정치료비Ⅱ」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	연간 지급 한도	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
10대 주요암 특정치료Ⅱ	수술	연간 1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 제1항의 경우 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「10대 주요암」 에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (10대 주요암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「10대 주요암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「식도의 악성신생물」, 「간 및 간내 담관의 악성신생물」, 「담낭의 악성신생물」, 「담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물」, 「췌장의 악성신생물」, 「기관의 악성신생물」, 「기관지 및 폐의 악성신생물」, 「골 및 관절연골의 악성신생물」, 「뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물」, 「림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물」([별표-질병관련6]10대 주요암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「10대 주요암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「10대 주요암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (10대 주요암 특정치료Ⅱ의 정의)

이 특별약관에서 「10대 주요암 특정치료Ⅱ」라 함은 「10대 주요암」을 제거하거나 「10대 주요암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「10대 주요암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(의료기관)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리 하에 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원

을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「10대 주요암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제9조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-44. 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비 II(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

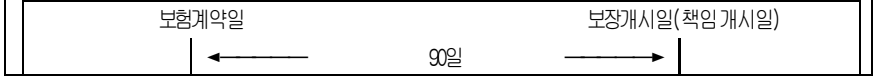
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」으로 진단확정되고, 「종합병원」에서 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」으로「전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료II」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비II(1년50%)(이하「종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비II」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	연간 지급 한도	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료II	수술	연간 1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 제1항의 경우「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



2025년 4월 10일	2025년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (전이암(특정뇌및림프절암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「전이암(특정뇌및림프절암([별표-질병관련59]특정뇌및림프절암 분류표참조)제외)」이라 함은 다음 각 호에서 정한 질병 중 어느 하나에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」및 특정뇌및림프절암([별표-질병관련59]특정뇌및림프절암 분류표참조)은 제외합니다.

1. 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판'에서 정한 TNM 병기 분류 상 "T(Primary Tumor) 4" 또는 "N(Regional lymph nodes)" 1이상(단, N1mi를 포함하여 보장합니다)" 또는 "M(Distant metastasis) 1"에 해당하는 경우
2. 한국표준질병·사인분류 중 「이차성 악성신생물」([별표-질병관련38]이차성 악성신생물 분류표참조)에서 정한 질병

② 제1항 제1호의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼

에서 정한 기준을 따릅니다.

④「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「전이암(특정뇌및림프절암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료Ⅱ의 정의)

이 특별약관에서「전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료Ⅱ」라 함은 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」을 제거하거나 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(의료기관)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리 하에「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제9조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암(특정뇌및림프절암제외)의 정의 및 진단확정)의 제2항에서 정한 전이암(특정뇌및림프절암제외)로 진단확정 되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암(특정뇌및림프절암제외)의 정의 및 진단확정)의 제2항에서 정한 전이암(특정뇌및림프절암제외)로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-48. 종합병원 암 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅲ(수술 입통원1회당)(1년50%)」 및 「종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅲ(수술 입통원1회당)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고, 종합병원에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ	수술	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

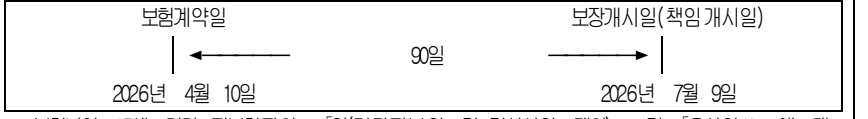
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암Ⅱ」이라 합니다)으로 진단확정되고, 종합병원에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ	수술	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

③ 제1항 내지 제2항의 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」을 제거하거나 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제7조 (유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제9조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>
[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제13조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제14조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제15조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을

연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-50. 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

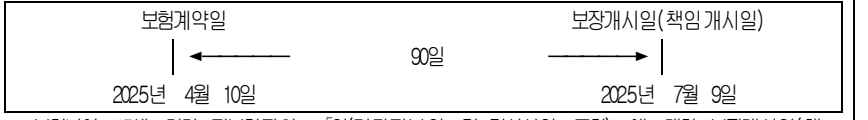
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고, 「종합병원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅲ(1년 50%)(이하 「종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅲ」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함)특정치료Ⅲ	수술	수술 1회당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 제1항의 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의

자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함)특정치료Ⅲ의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료Ⅲ」라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 제거하거나 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(의료기관)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한

최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료III에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료III로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료III에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마

취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제10조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-53. 종합병원 10대주요암 특정치료비III(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「10대 주요암」으로 진단확정되고, 「종합병원」에서 「10대 주요암」으로 「10대 주요암 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 10대 주요암 특정치료비III(1년50%)(이하 「종합병원 10대 주요암 특정치료비III」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
10대 주요암 특정치료III	수술	수술 1회당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 제1항의 경우 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「10대 주요암」 에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (10대 주요암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「10대 주요암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병 중 「식도의 악성신생물」, 「간 및 간내 담관의 악성신생물」, 「담낭의 악성신생물」, 「담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물」, 「췌장의 악성신생물」, 「기관의 악성신생물」, 「기관지 및 폐의 악성신생물」, 「골 및 관절연골의 악성신생물」, 「뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물」, 「림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물」([별표-질병관련6]10대 주요암 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 「10대 주요암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「10대 주요암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (10대 주요암 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「10대 주요암 특정치료Ⅲ」라 함은 「10대 주요암」을 제거하거나 「10대 주요암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「10대 주요암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(의료기관)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리 하에 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「10대 주요암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이

용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료III에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「10대 주요암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료III로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료III에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제10조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한「10대 주요암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(10대 주요암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 10대 주요암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제 30 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15 세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-56. 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비 III(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

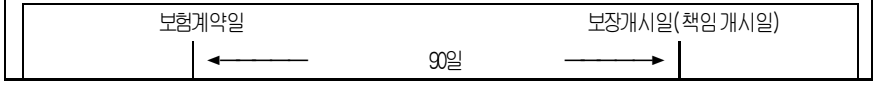
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」으로 진단확정되고, 「종합병원」에서 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」으로 「전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비III(1년50%)(이하 「종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비 III」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료III	수술	수술1회당	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 제1항의 경우 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



2025년 4월 10일	2025년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제3조 (전이암(특정뇌및림프절암제외)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「전이암(특정뇌및림프절암([별표-질병관련59]특정뇌및림프절암 분류표 참조)제외)」이라 함은 다음 각 호에서 정한 질병 중 어느 하나에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」및 특정뇌및림프절암([별표-질병관련59]특정뇌및림프절암 분류표 참조)은 제외합니다.

1. 'AJCC 암병기설정매뉴얼[AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제8판'에서 정한 TNM 병기 분류 상 "T(Primary Tumor) 4" 또는 "N(Regional lymph nodes)" 1이상(단, N1mi를 포함하여 보장합니다)" 또는 "M(Distant metastasis) 1"에 해당하는 경우
2. 한국표준질병·사인분류 중 「이차성 악성신생물」([별표-질병관련38]이차성 악성신생물 분류표 참조)에서 정한 질병

② 제1항 제1호의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, AJCC 암병기설정매뉴얼에서 TNM 기준이 제외되는 등 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 진단확정 시점에 AJCC 암병기설정매뉴얼에 따라 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우, 회사는 변경 직전의 AJCC 암병기설정매뉴얼에서 정한 기준을 따릅니다.

④「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「전이암(특정뇌및림프절암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조 (전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서「전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료Ⅲ」라 함은 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」을 제거하거나 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(의료기관)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리 하에「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는

항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료III에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「전이암(특정뇌및림프절암제외)」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료III로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료III에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제10조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암(특정뇌및림프절암제외)의 정의 및 진단확정)의 제2항에서 정한 전이암(특정뇌및림프절암제외)로 진단확정 되는 경우. 다만, 제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한「전이암(특정뇌및림프절암제외)」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(전이암(특정뇌및림프절암제외)의 정의 및 진단확정)의 제2항에서 정한 전이암(특정뇌및림프절암제외)로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-71. 종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(이하 「종합병원 암 통합치료비」 라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1.2억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	150만원	300만원
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	30만원	60만원
암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	암(기타피부암 및

		갑상선암 포함)
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

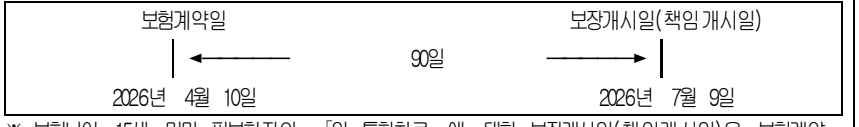
③ 제1항의 종합병원 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가입후 1년미만	가입후 1년이상
종합병원 암 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 항암약물치료에 대해서는 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어

야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

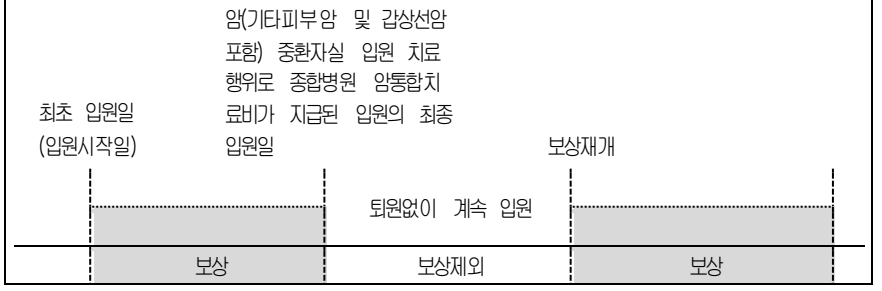
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 입원이라도 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원 치료행위로 종합병원 암 통합치료비(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금」이라 합니다)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(1일)	(180일)	(1일)

(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '암(기타피부암 및 갑상선암 포함)'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

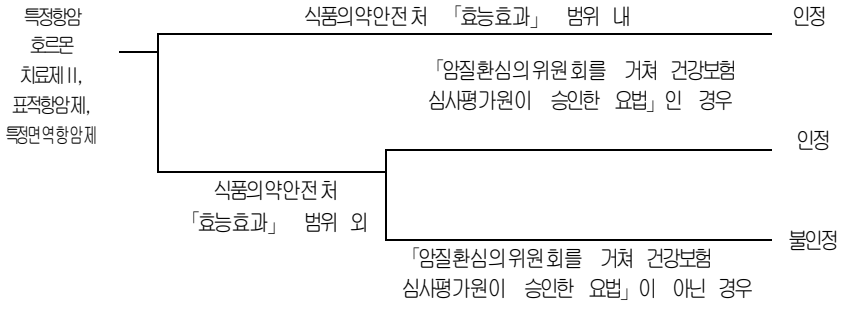
⑪ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제6항에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」을 보장합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)

특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」, 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ, 표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조(특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가

[의약품 품목허가]
- 효능효과
: **유방암**의 치료

보장제외

[효능효과 추가 허가]
- 효능효과
: **유방암, 위암**의 치료

보장

2025년 1월 1일 — [의약품 품목허가] - 효능효과 : **유방암, 위암**의 치료

2025년 7월 1일(처방일) — 위암진단 및 **위암**의 치료목적으로 1차 특정항암호르몬치료제Ⅱ 처방·투약 ⇒ 특정항암호르몬 약물허가치료Ⅱ 미해당

2026년 1월 1일 — [효능효과 허가 취소] - 효능효과 : **유방암**의 치료 (위암의 치료 허가 취소)

보장제외

2026년 4월 1일(처방일) — **위암**의 치료목적으로 2차 특정항암호르몬치료제Ⅱ 처방·투약 ⇒ 특정항암호르몬 약물허가치료Ⅱ 해당

2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소

[의약품 품목허가]
- 효능효과
: **유방암, 위암**의 치료

[효능효과 허가 취소]
- 효능효과
: **유방암**의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장제외

2025년 1월 1일

2026년 1월 1일

2026년 4월 1일(처방일) — 위암진단 및 **위암**의 치료목적으로 1차 특정항암호르몬치료제Ⅱ 처방·투약 ⇒ 특정항암호르몬 약물허가치료Ⅱ 해당

⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

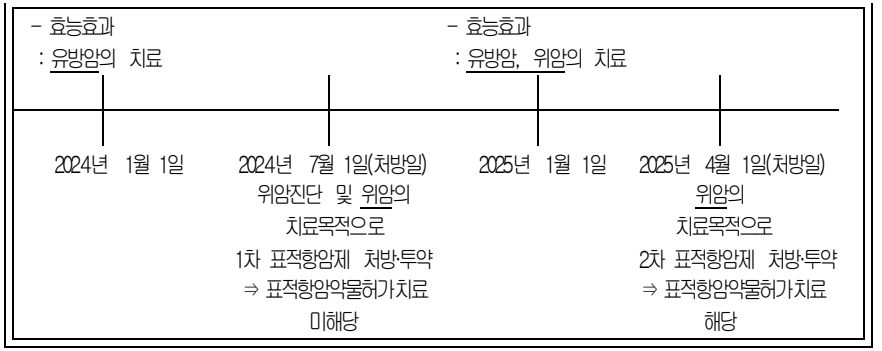
1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]

[의약품 품목허가]
- 분류번호
: 421(항악성종양제)

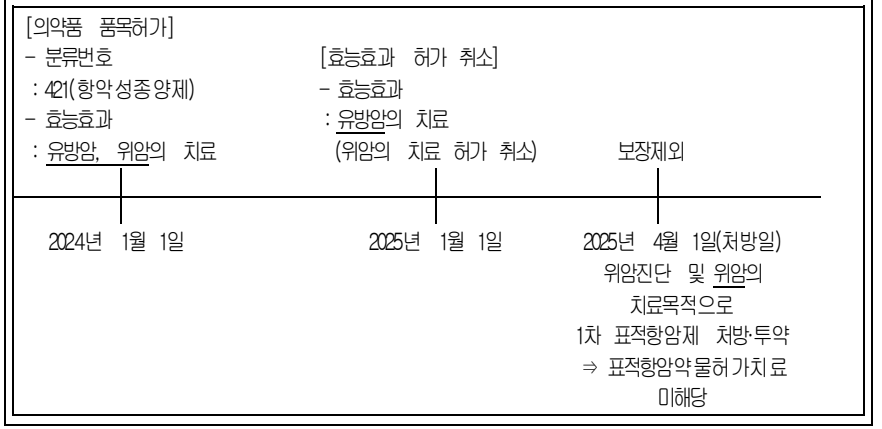
보장제외

[효능효과 추가 허가]

보장



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



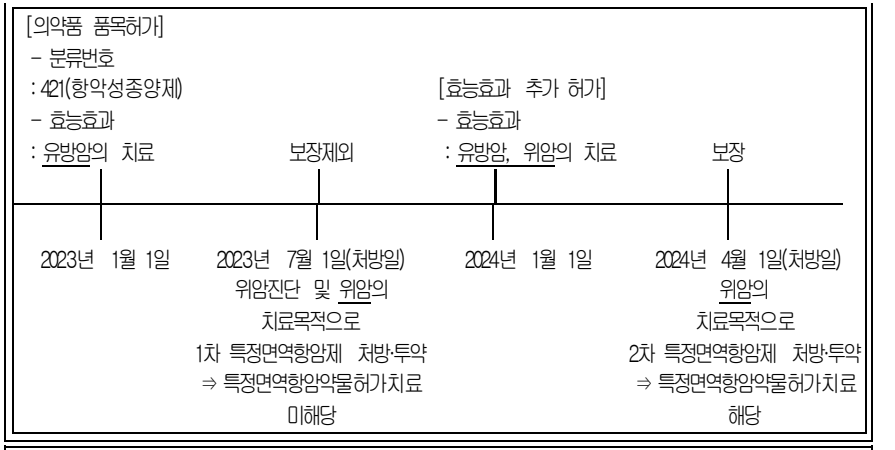
⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제11조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

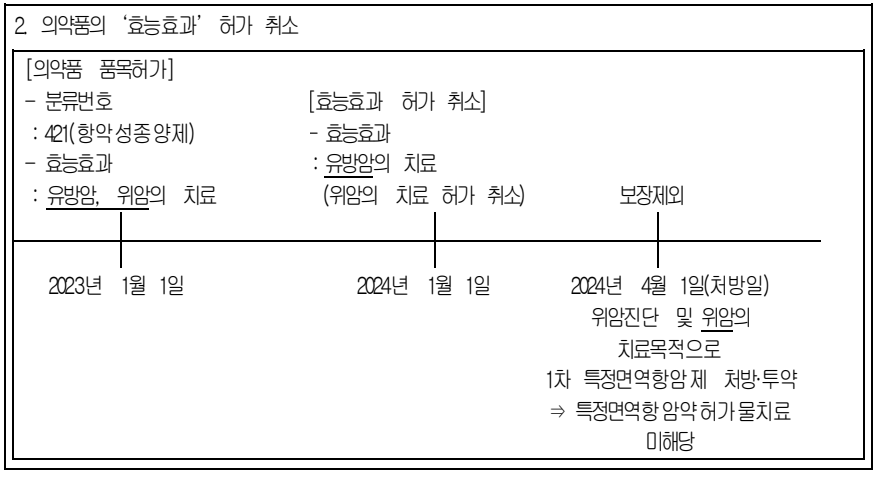
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전립선암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및 「갑상선암」을 말하며, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료

	유사암Ⅱ 항암약물치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제8호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
6. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제9호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우
9. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4. 「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5. 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

④ 제3항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제3항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑥ 제3항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제3항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제3항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ 제3항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑩ 제3항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑪ 제3항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑫ 제3항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<유의사항>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련60]특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」 의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]

다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한

「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제9조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]
수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제10조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인

: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」

의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제12조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제14조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제15조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」의 경우: 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

(ㄱ) 진단명

(ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㅁ). 급여 적용 여부

(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

5. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

(ㄱ) 진단명

(ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㅁ). 급여 적용 여부

(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항

2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제17조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제18조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-72. 종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(이하 「종합병원 암 통합치료비」 라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)	연간 1회한	250만원	500만원
	중환자실 입원			
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	150만원	300만원
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	30만원	60만원
암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	암(기타피부암 및

		갑상선암 포함)
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

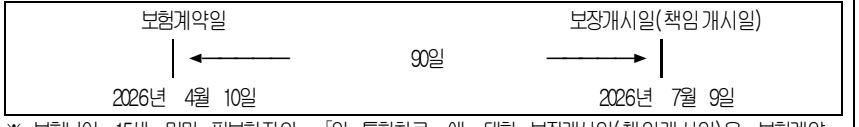
③ 제1항의 종합병원 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가입후 1년미만	가입후 1년이상
종합병원 암 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 항암약물치료에 대해서는 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어

야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

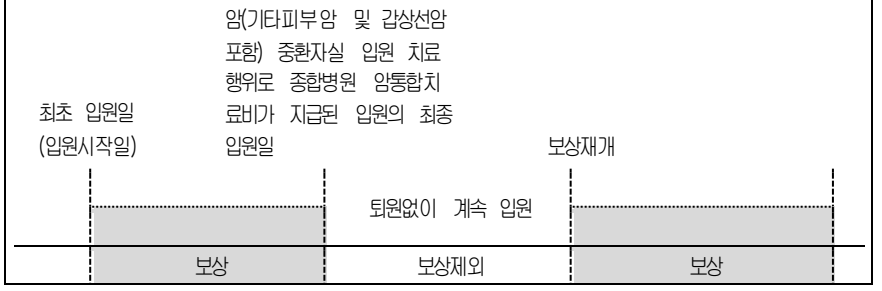
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 입원이라도 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원 치료행위로 종합병원 암 통합치료비(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금」이라 합니다)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(1일)	(180일)	(1일)

(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '암(기타피부암 및 갑상선암 포함)'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

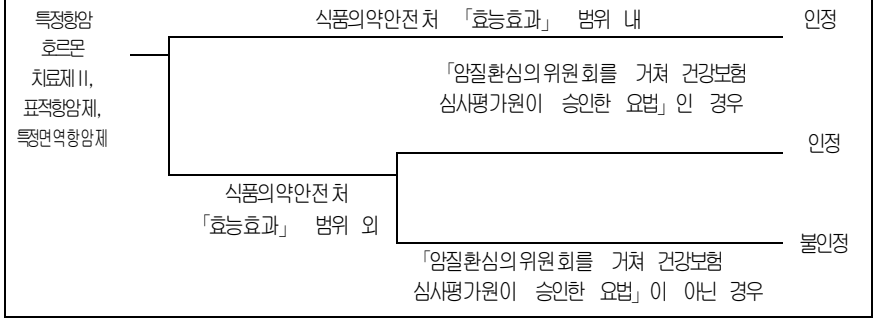
⑪ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제6항에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」을 보장합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)

특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」, 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ, 표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]

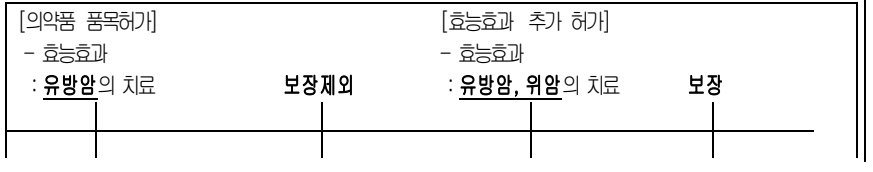


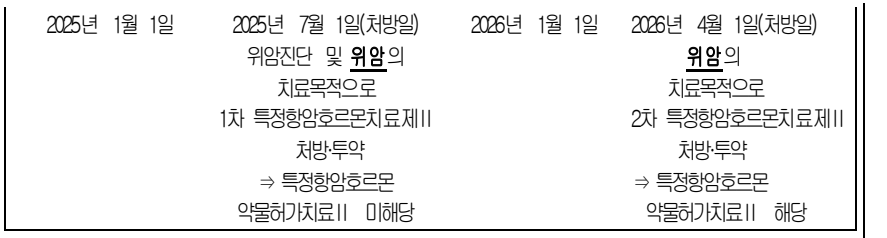
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조(특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

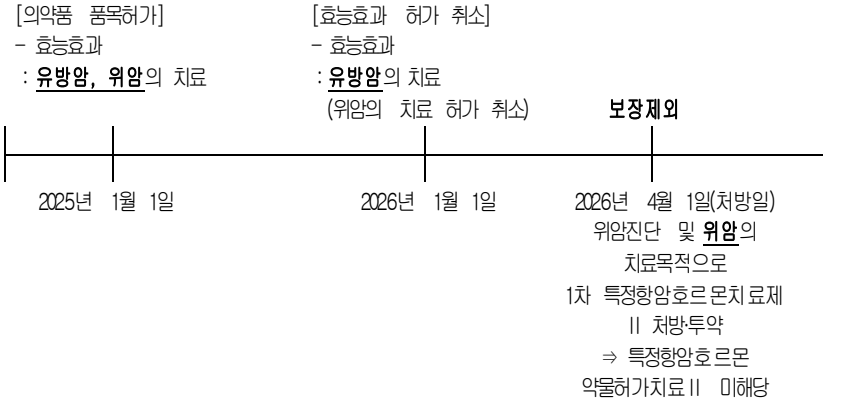
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가





2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

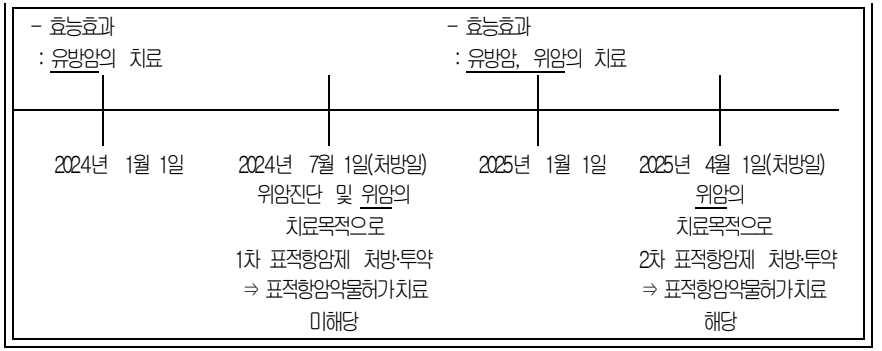
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

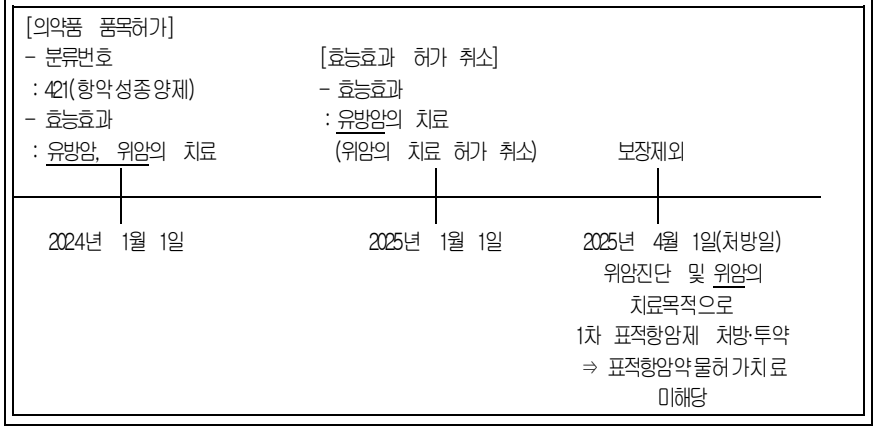
※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]





2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



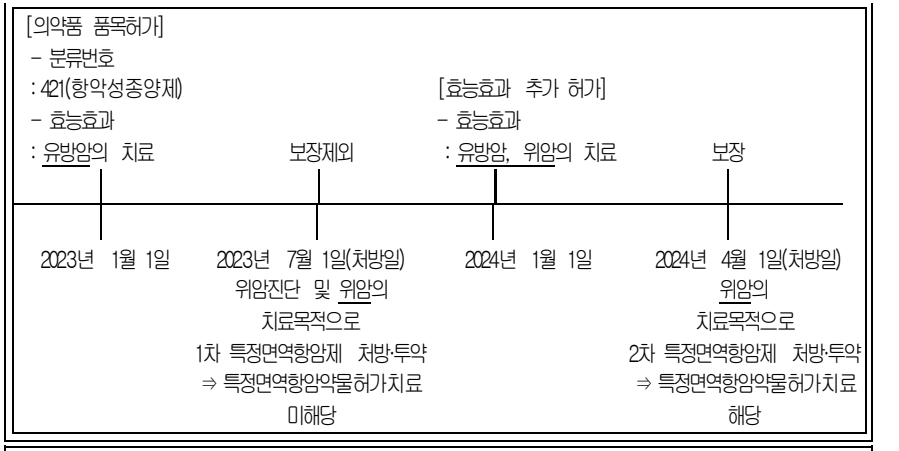
⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제11조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

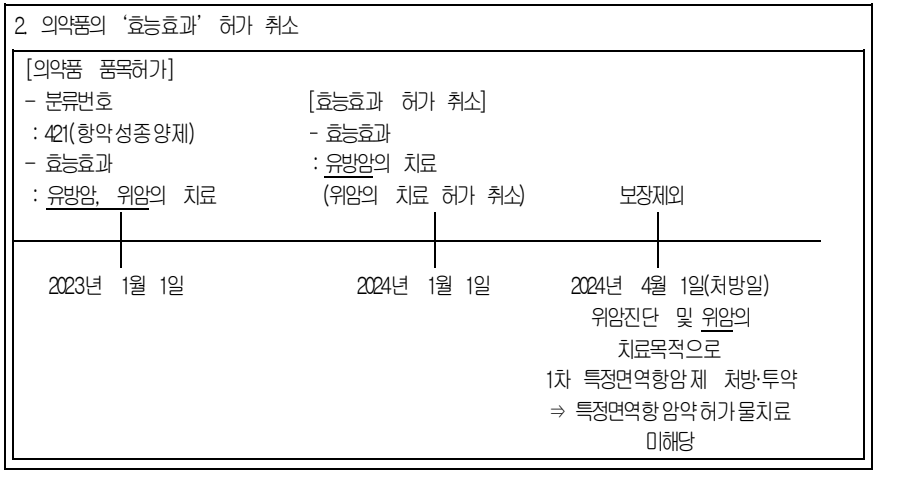
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전립선암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및 「갑상선암」을 말하며, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료

	유사암Ⅱ 항암약물치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제8호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
6. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제9호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우
9. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4. 「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5. 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

④ 제3항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제3항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑥ 제3항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제3항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제3항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ 제3항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑩ 제3항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑪ 제3항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑫ 제3항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<유의사항>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련60]특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」 의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]

다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한

「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제9조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]
수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제10조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인

: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」

의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제12조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제14조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제15조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」의 경우: 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

(ㄱ) 진단명

(ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㅁ). 급여 적용 여부

(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

5. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

(ㄱ) 진단명

(ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㅁ). 급여 적용 여부

(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항

2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제17조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서

정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제18조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-73. 종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(이하 「종합병원 암 통합치료비」 라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 5천만원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	100만원	200만원
암 통합치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)	수술1회당	500만원	1,000만원
(전액본인부담(비급여포함)치료)	수술			
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

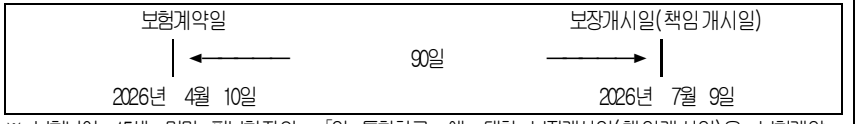
③ 제1항의 종합병원 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가 입후 1년미만	가입후 1년이상
종합병원 암 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

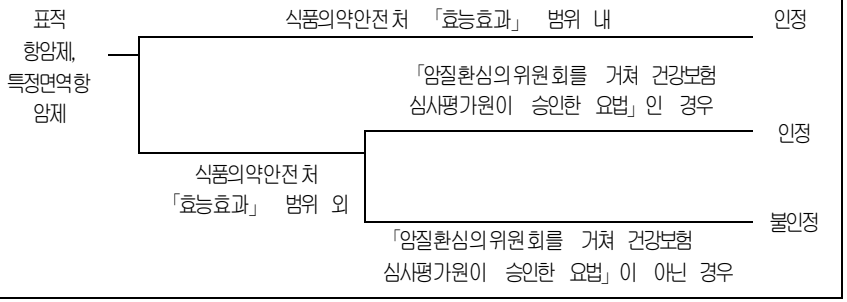
③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제9조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항

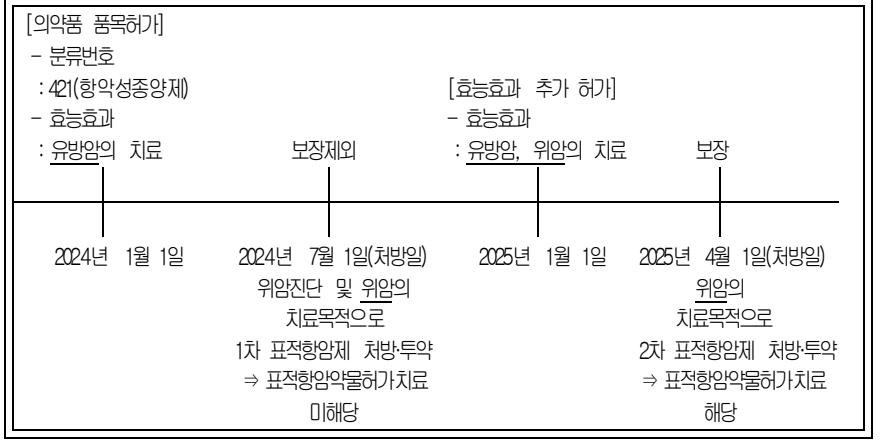
암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

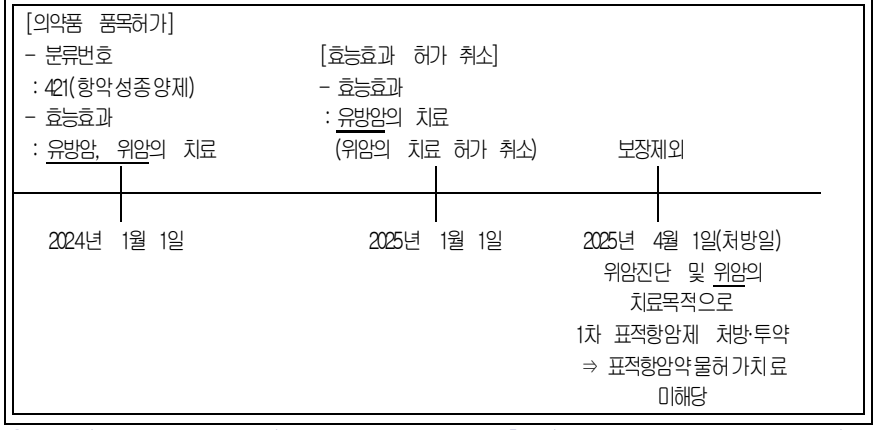
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)

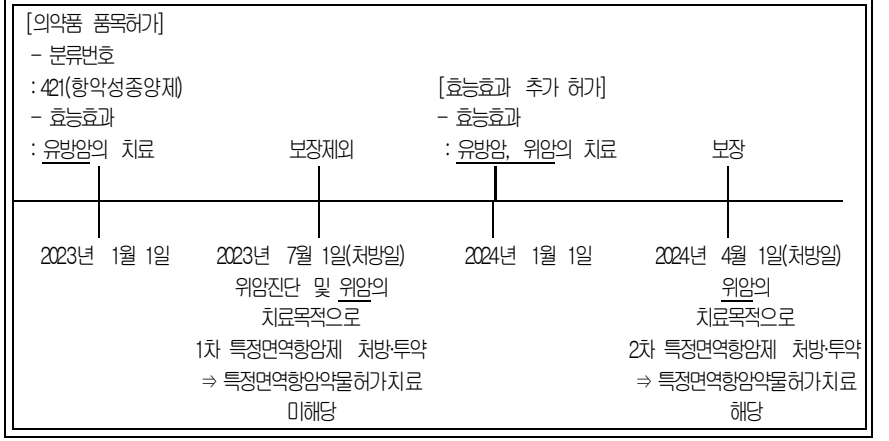
특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

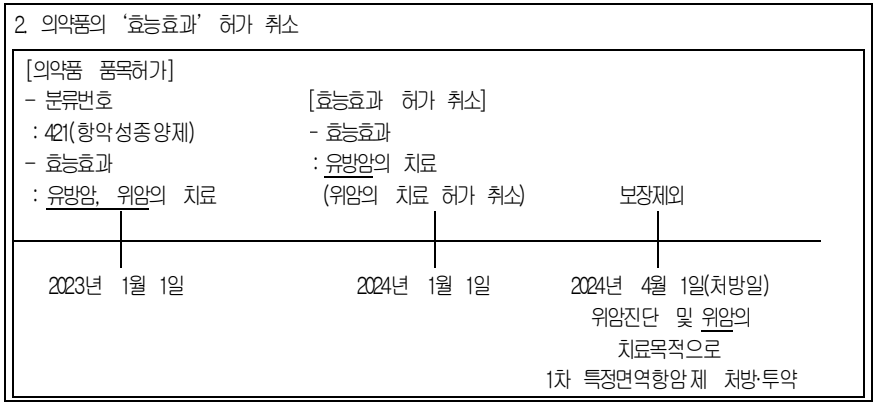
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⇒ 특정면역항암약허가물치료
미해당

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「전립선암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및「갑상선암」을 말하며,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「제자리암」,「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「제자리암」,「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암 통합치료」라 함은「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억

제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료
	유사암Ⅱ 항암약물치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
6.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4.「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5.「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

④ 제3항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제3항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑥ 제3항 제1호의「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제3항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제3항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는

비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ 제3항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑩ 제3항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑪ 제3항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑫ 제3항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「다빈치로봇 수술」이라 함은「암(특정암 제외)」또는「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da

Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]
다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한 「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제8조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]
수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제9조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제10조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약

물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는

비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제14조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리

암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제16조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제17조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-80. 상급종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 상급종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(이하 「상급종합병원 암 통합치료비」 라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1.2억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)	연간 1회한	250만원	500만원
	중환자실 입원			
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	150만원	300만원
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	30만원	60만원
암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	암(기타피부암 및

		갑상선암 포함)
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

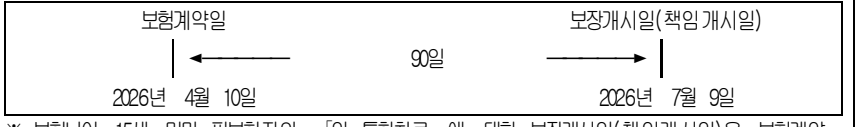
③ 제1항의 상급종합병원 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가입후 1년미만	가입후 1년이상
상급종합병원 암 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 항암약물치료에 대해서는 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어

야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

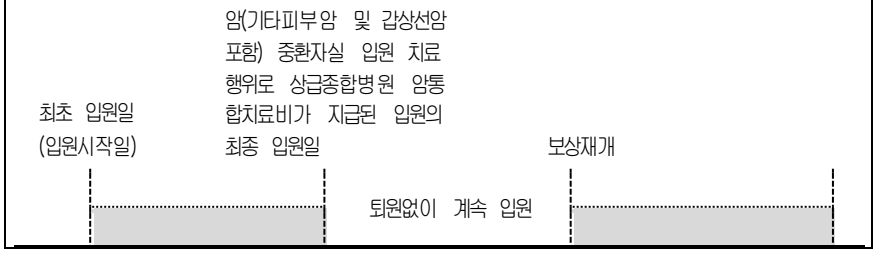
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 입원이라도 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원 치료행위로 상급종합병원 암 통합치료비(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원지원금」이라 합니다)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



보상 (1일)	보상제외 (180일)	보상 (1일)

(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '암(기타피부암 및 갑상선암 포함)'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	상급종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

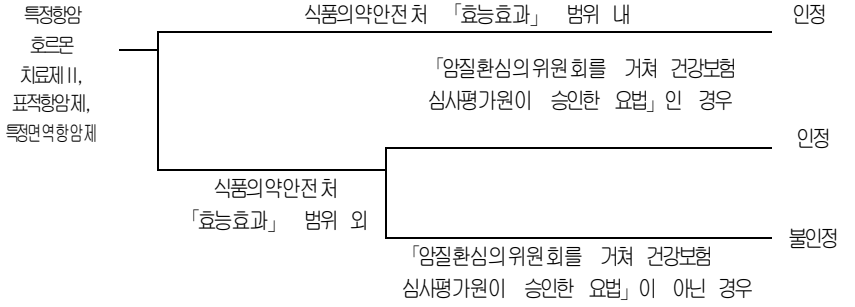
⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원」보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일로부터 제6항에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원」을 보장합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」, 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ, 표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]

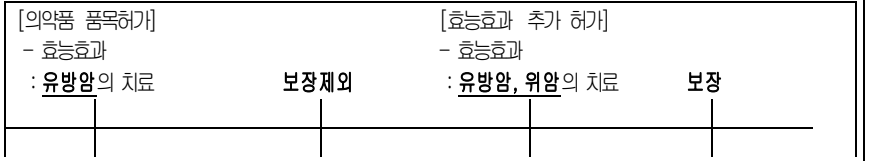


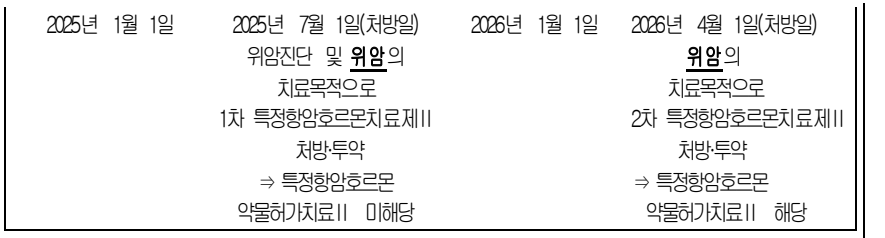
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조(특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

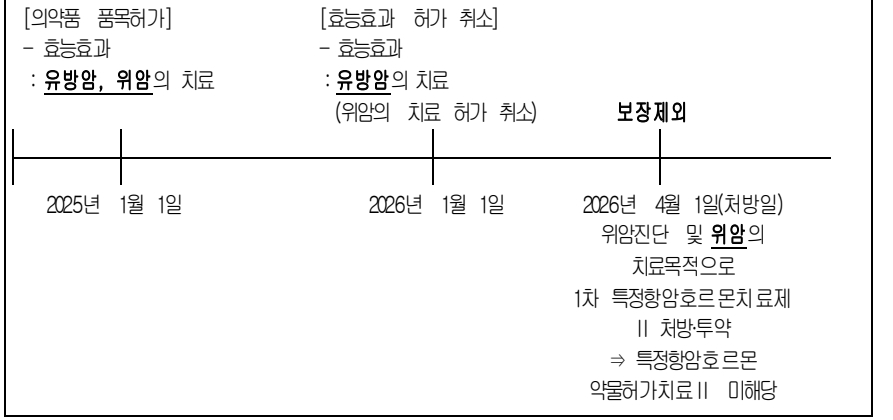
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가





2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



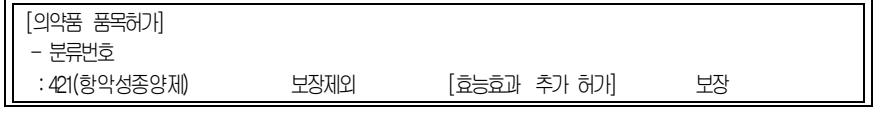
⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

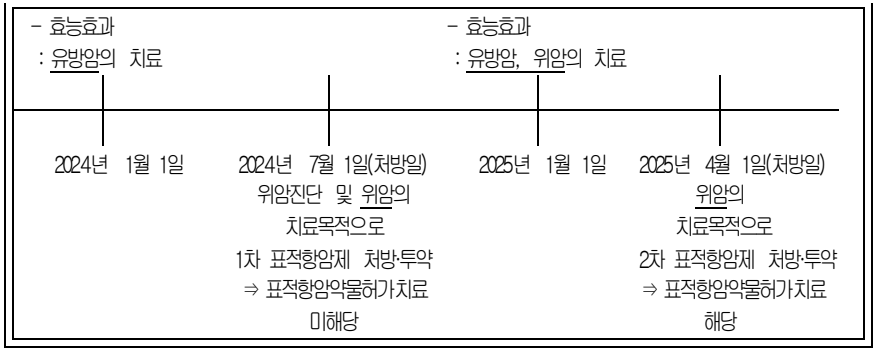
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

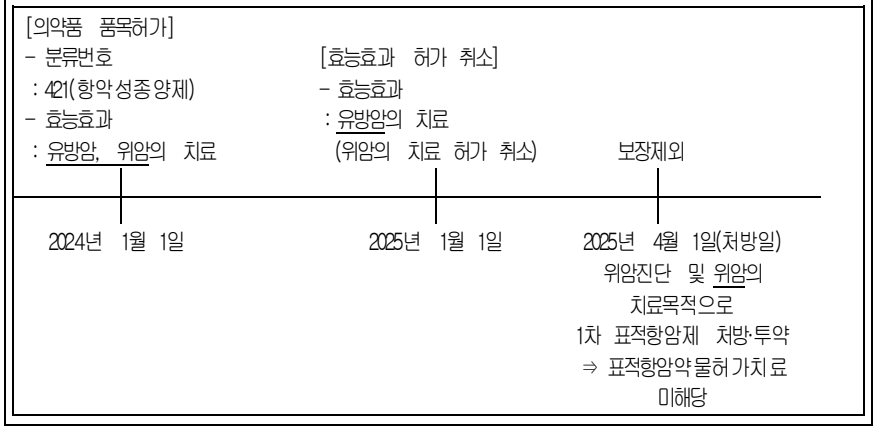
※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]





2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



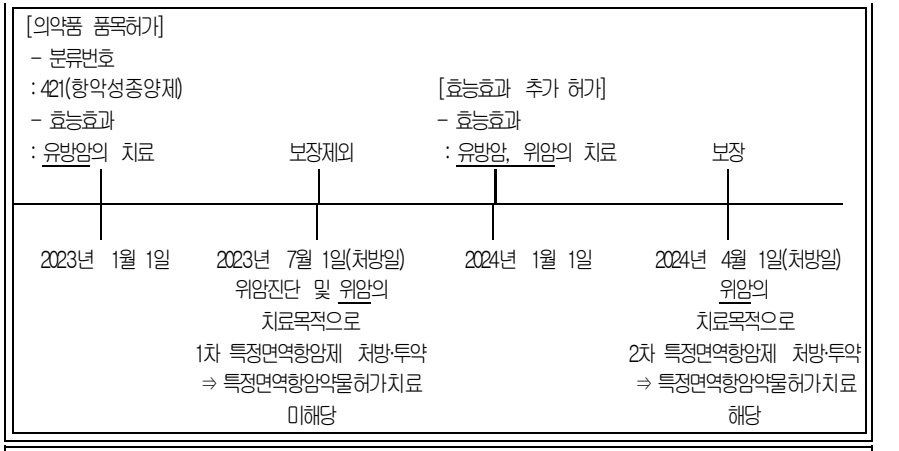
⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제11조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

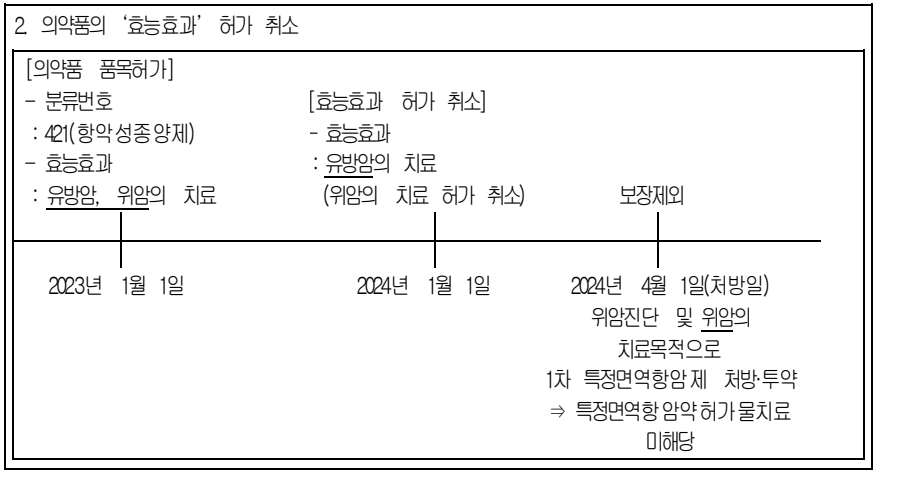
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전립선암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및 「갑상선암」을 말하며, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「상급종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료

	유사암Ⅱ 항암약물치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제8호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
6. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제9호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우
9. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「상급종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4. 「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5. 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

④ 제3항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제3항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑥ 제3항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제3항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제3항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ 제3항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑩ 제3항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑪ 제3항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑫ 제3항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<유의사항>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련60]특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」 의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]

다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한

「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제9조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]
수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제10조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인

: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」

의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제12조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다..

제14조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제15조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」의 경우: 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
(ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
(ㄱ) 진단명
(ㄴ) 투약한 약제의 제품명
(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
(ㅁ). 급여 적용 여부
(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
5. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
(ㄱ) 진단명
(ㄴ) 투약한 약제의 제품명
(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
(ㅁ). 급여 적용 여부
(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제17조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제18조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-81. 상급종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 상급종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(이하 「상급종합병원 암 통합치료비」 라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)	연간 1회한	250만원	500만원
	중환자실 입원			
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	150만원	300만원
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	30만원	60만원
암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	암(기타피부암 및

		갑상선암 포함)
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

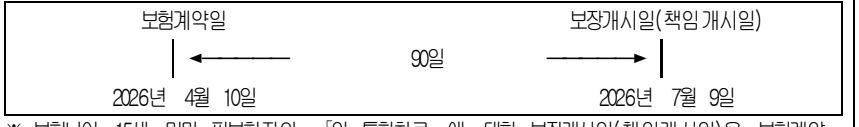
③ 제1항의 상급종합병원 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가입후 1년미만	가입후 1년이상
상급종합병원 암 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 항암약물치료에 대해서는 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어

야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

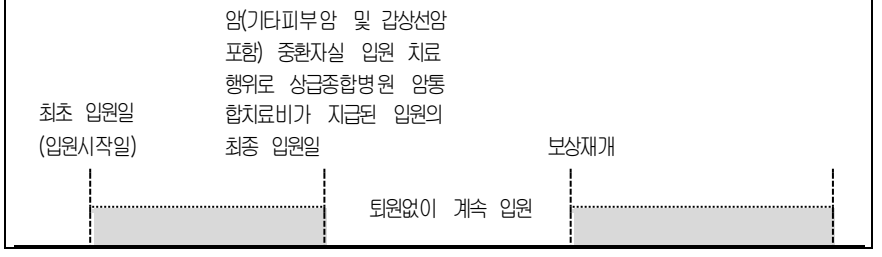
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하 「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 입원이라도 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원 치료행위로 상급종합병원 암 통합치료비(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원지원금」이라 합니다)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



보상 (1일)	보상제외 (180일)	보상 (1일)

(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '암(기타피부암 및 갑상선암 포함)'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	상급종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

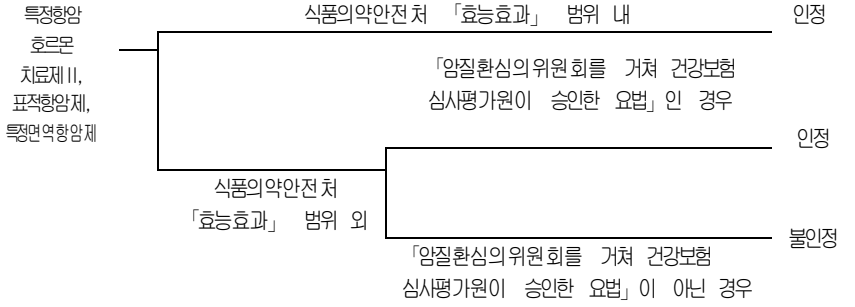
⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원」보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일로부터 제6항에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 상급종합병원 중환자실 입원」을 보장합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」, 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ, 표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]

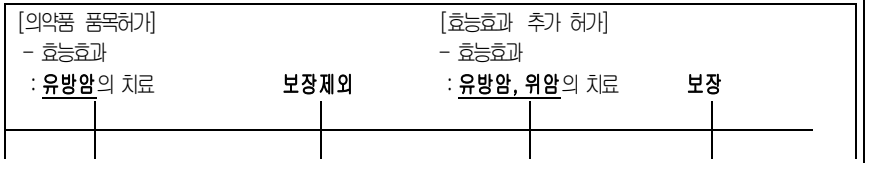


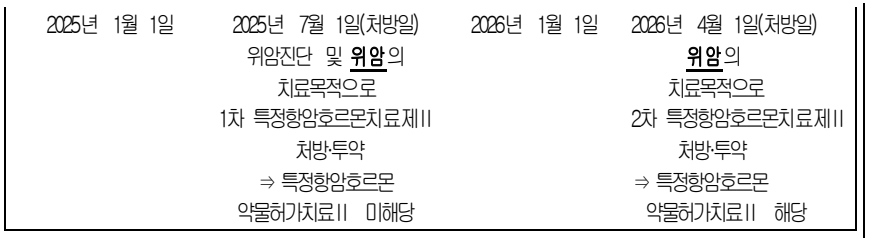
⑬ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제7조(특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

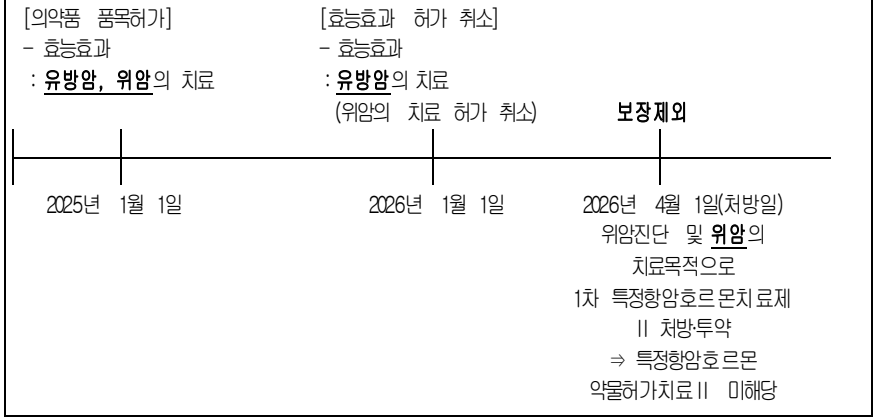
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가





2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑭ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

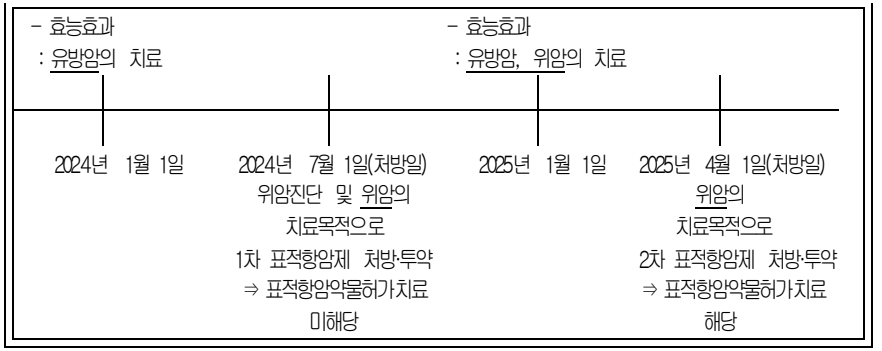
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

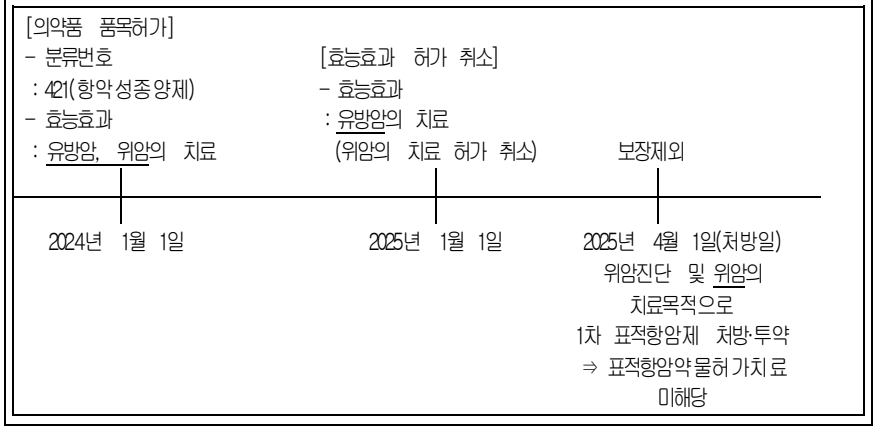
※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]





2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



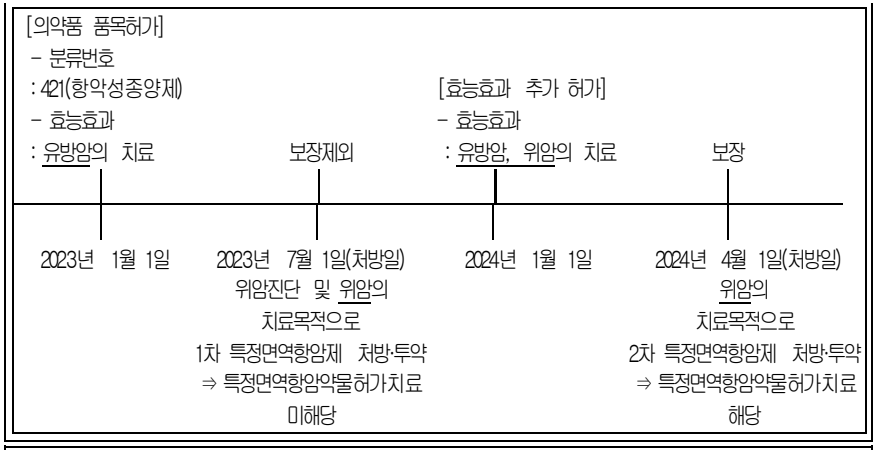
⑮ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제11조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

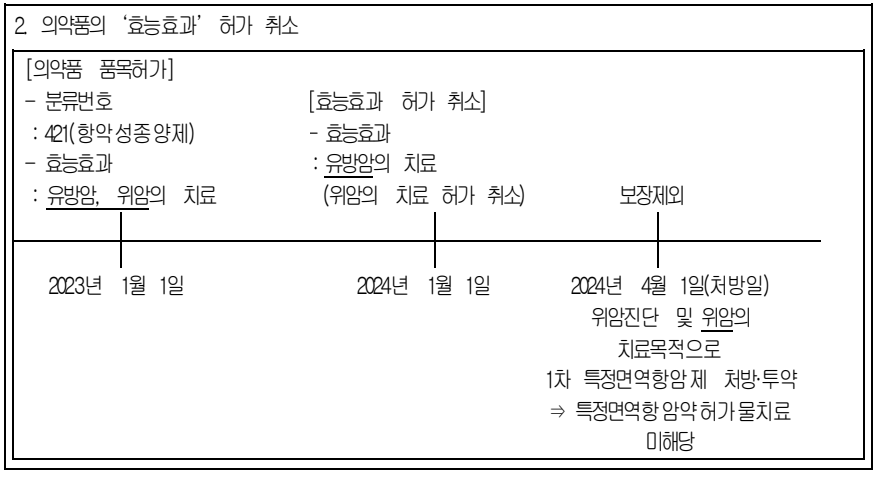
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전립선암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및 「갑상선암」을 말하며, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「상급종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료

	유사암Ⅱ 항암약물치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제8호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
6. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제9호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우
9. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「상급종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4. 「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5. 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

④ 제3항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제3항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑥ 제3항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제3항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제3항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ 제3항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑩ 제3항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑪ 제3항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑫ 제3항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<유의사항>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련60]특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」 의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제8조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]

다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한

「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제9조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]
수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제10조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인

: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」

의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제12조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다..

제14조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제15조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」의 경우: 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
(ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
(ㄱ) 진단명
(ㄴ) 투약한 약제의 제품명
(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
(ㅁ). 급여 적용 여부
(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

5. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
(ㄱ) 진단명
(ㄴ) 투약한 약제의 제품명
(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
(ㅁ). 급여 적용 여부
(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제16조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제18조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제17조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제18조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-82. 상급종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 상급종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(이하 「상급종합병원 암 통합치료비」 라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 5천만원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	100만원	200만원
암 통합치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)	수술1회당	500만원	1,000만원
(전액본인부담(비급여포함)치료)	수술			
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료(특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

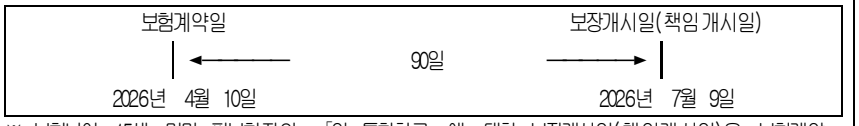
③ 제1항의 상급종합병원 암 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가 입후 1년미만	가입후 1년이상
상급종합병원 암 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

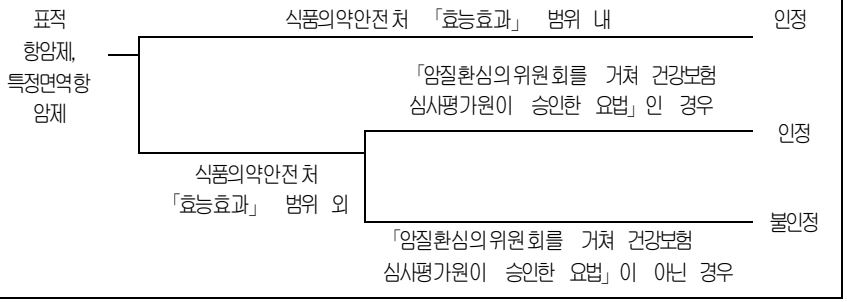
③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제9조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항

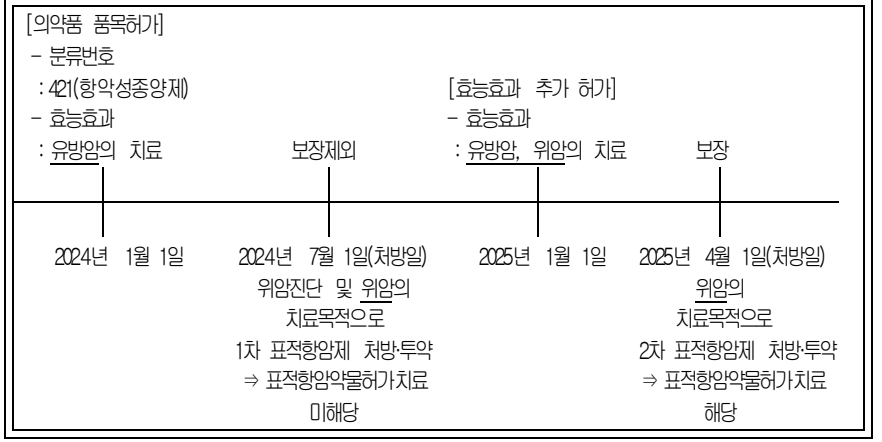
암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

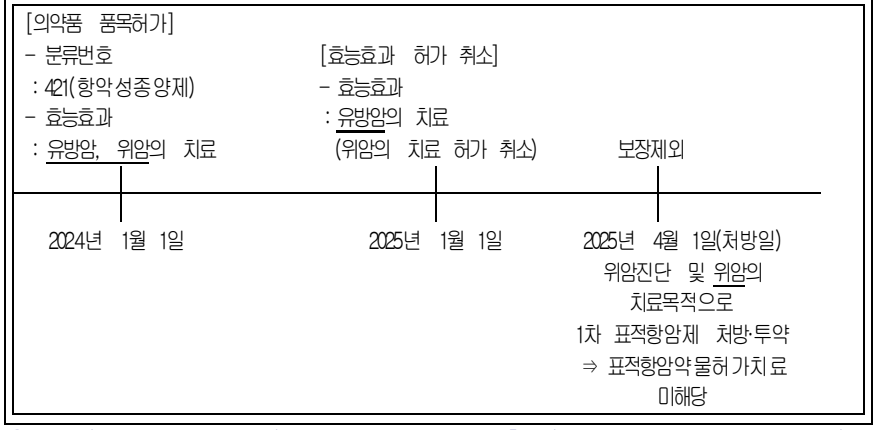
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)

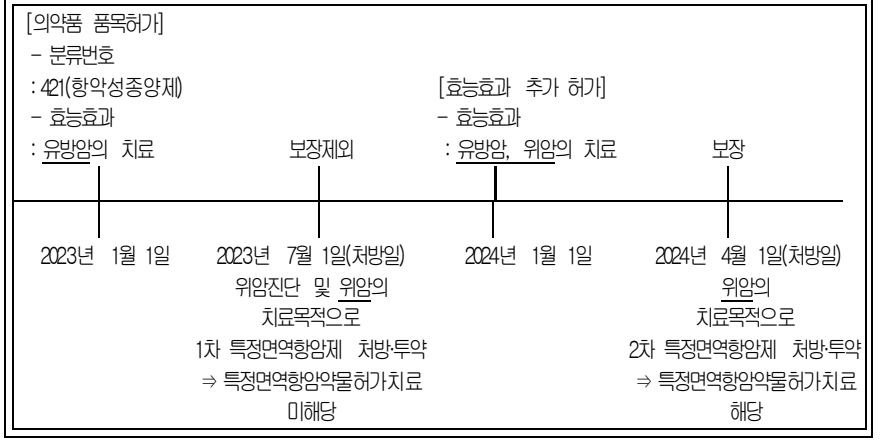
특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

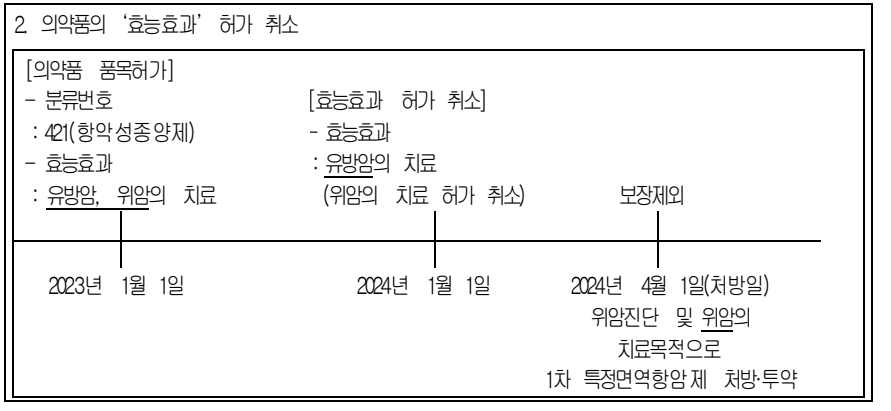
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⇒ 특정면역항암약허가물치료
미해당

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「전립선암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및「갑상선암」을 말하며,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「제자리암」,「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「제자리암」,「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암 통합치료」라 함은「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억

제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「상급종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료
	유사암Ⅱ 항암약물치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우
6.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「상급종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4.「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5.「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

④ 제3항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑤ 제3항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑥ 제3항 제1호의「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑦ 제3항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑧ 제3항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는

비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑨ 제3항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑩ 제3항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑪ 제3항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑫ 제3항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제4항 및 제5항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「다빈치로봇 수술」이라 함은「암(특정암 제외)」또는「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da

Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]
다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한 「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제8조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]
수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제9조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제10조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약

물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다..

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용

7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제14조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제10

항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제16조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제17조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-85. 종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비Ⅱ(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원」에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받거나 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암Ⅱ」이라 합니다)(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「종합병원」에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「유사암Ⅱ」 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비Ⅱ(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가입후 1년미만	가입후 1년이상
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
유사암Ⅱ으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

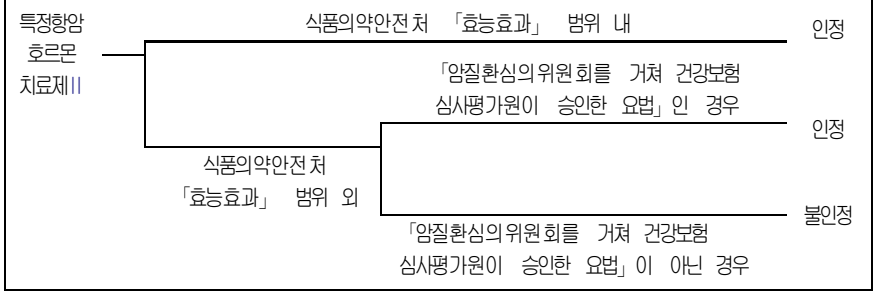
③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비Ⅱ(연간1회한)는 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ의 안전성 및 유효성 인정 범위]

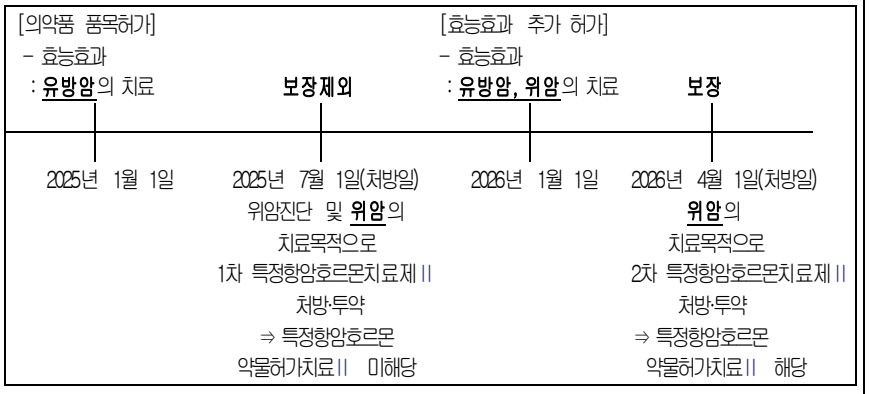


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제6조(특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

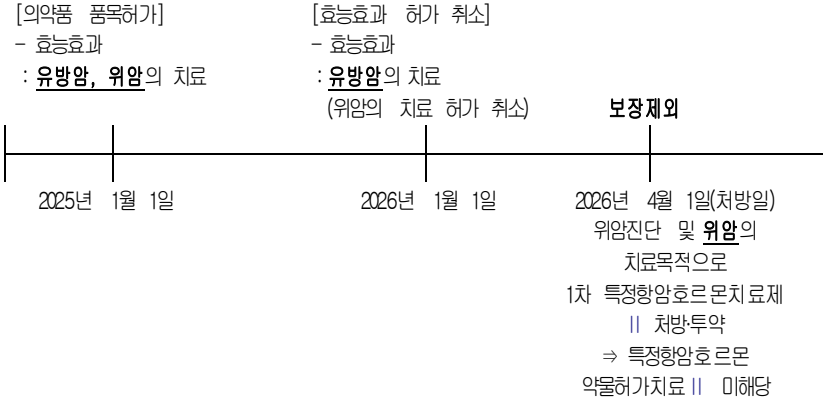
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성

신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제6조 (특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<유의사항>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련60] 특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」라 함은 제7조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」 의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치

료제Ⅱ」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제7조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제4조(제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-87. 상급종합병원 암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상급종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅱ(1년50%)」 및 「상급종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅱ(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고, 그 질병으로 상급종합병원에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 상급종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	연간 지급 한도	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ	수술	연간 1회한	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

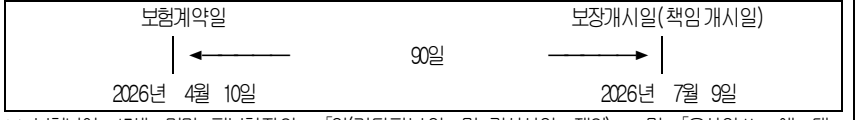
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암Ⅱ」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 질병으로 상급종합병원에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 상급종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	연간 지급 한도	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ	수술	연간 1회한	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

③ 제1항 내지 제2항의 경우「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ의 정의)

이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ」라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」을 제거하거나 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를

받은 경우

제7조 (유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ의 정의)

이 특별약관에서「유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제9조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제10조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의

제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제12조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제13조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-90. 상급종합병원 암 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상급종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅲ(수술 입통원1회당)(1년50%)」 및 「상급종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅲ(수술 입통원1회당)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고, 그 질병으로 상급종합병원에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 상급종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ	수술	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」,「갑상선암」,「제자리암」또는「경계성종양」(이하「유사암Ⅱ」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 질병으로 상급종합병원에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 상급종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ	수술	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

③ 제1항 내지 제2항의 경우「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항 내지 제2항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제2항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」을 제거하거나 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제7조 (유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제9조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제13조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제14조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제15조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-93. 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(이하 「종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 5천만원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료 전액본인부담(비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

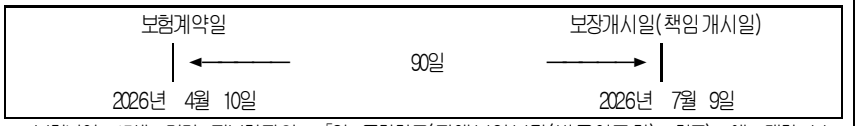
③ 제1항의 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가 입후 1년미만	가입후 1년이상
종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료)」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

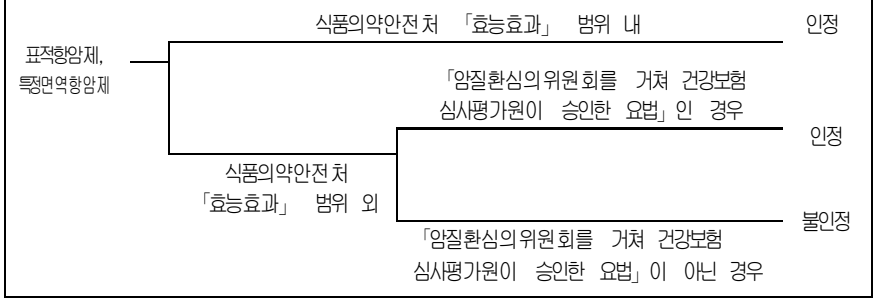
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



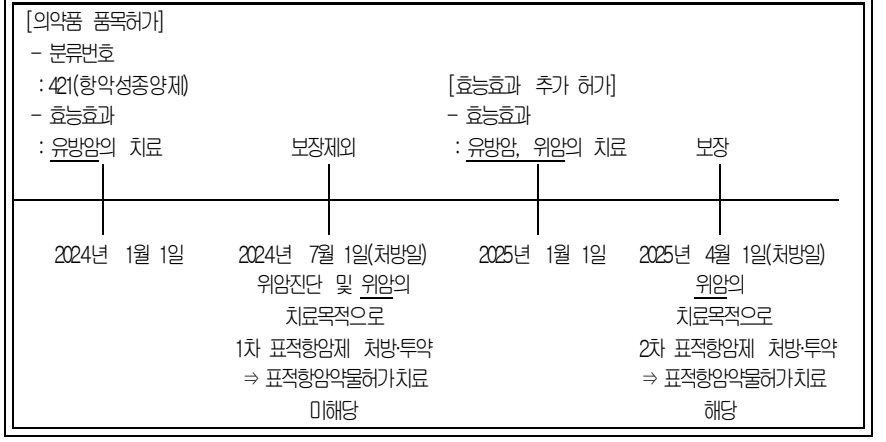
⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제9조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

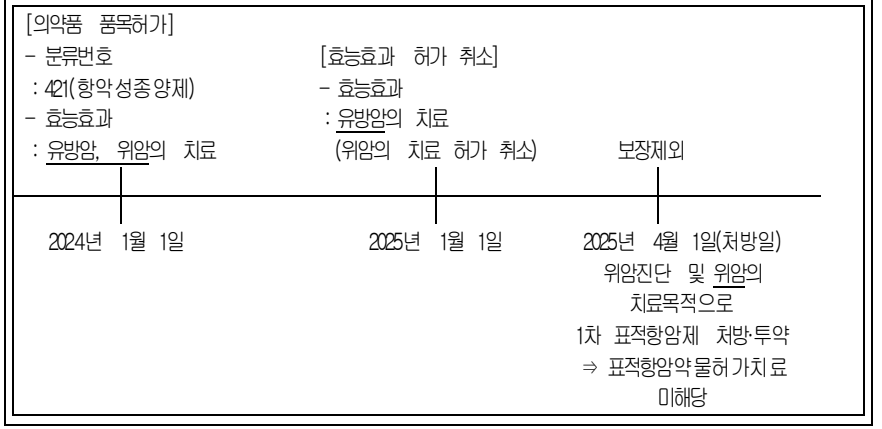
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]



2 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

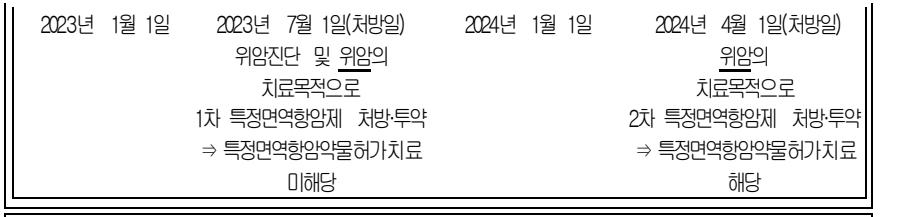
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

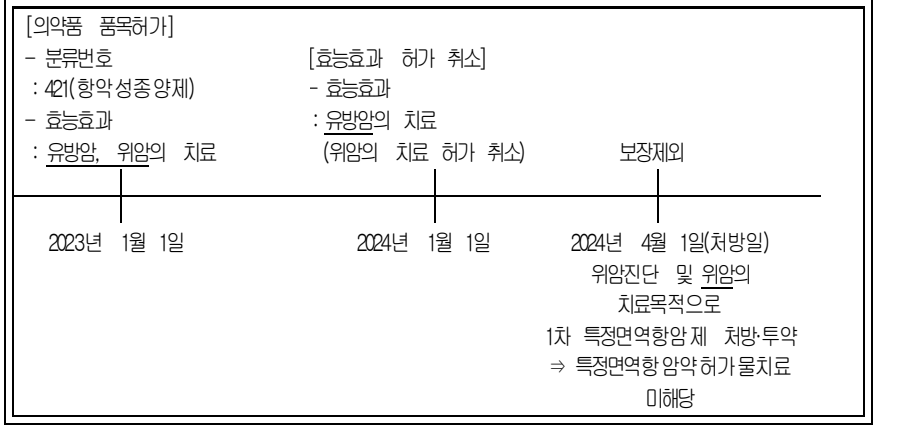
※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가





2 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제3조 (암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「전립선암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및「갑상선암」을 말하며,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑥ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (전액본인부담 (비급여포함) 치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우

2.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우

3.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우

4.「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우

5.「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우

6. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우

7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우

8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지

부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑦ 제1항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제1항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제1항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑩ 제1항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진

자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinciⓡ	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]

다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한 「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제8조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]

수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제9조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]

주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]

암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제10조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제14조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하

여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료)보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제8항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제8항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제16조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제17조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-96. 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제4항에서 정한 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(이하 「종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비」 라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

② 제1항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료 전액본인부담(비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

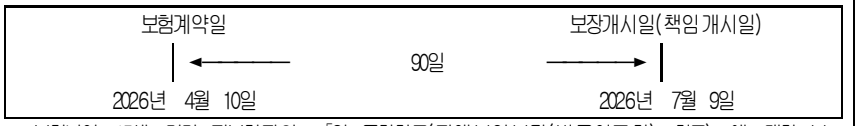
③ 제1항의 종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가 입후 1년미만	가입후 1년이상
종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 제1항의 경우 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑤ 제1항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 및 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료)」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

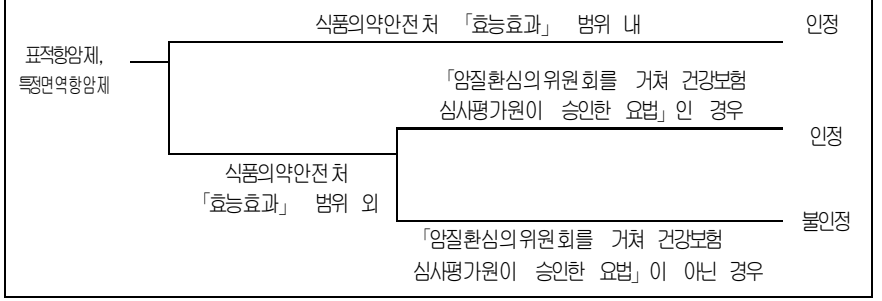
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



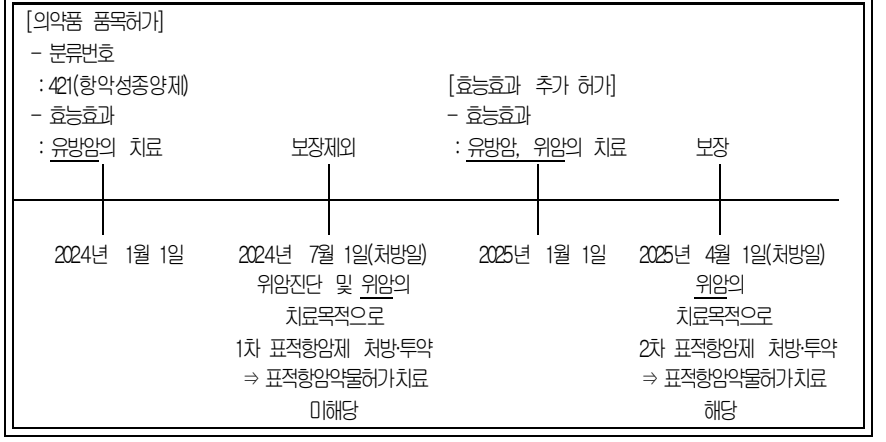
⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제9조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

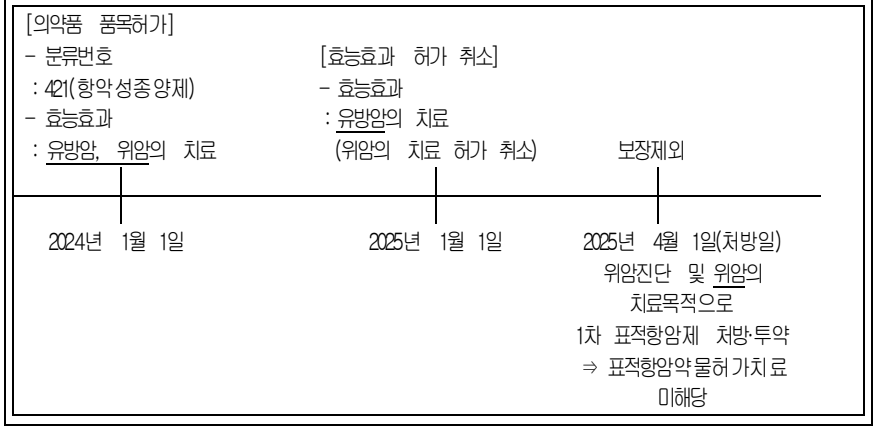
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]



2 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

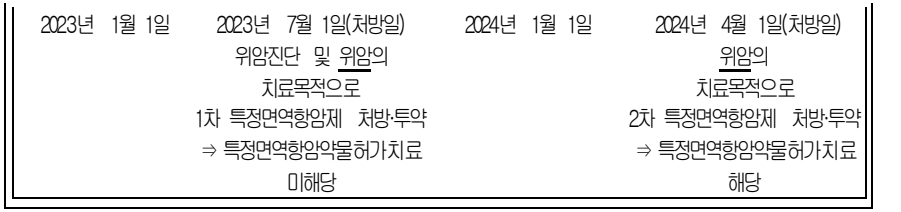
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

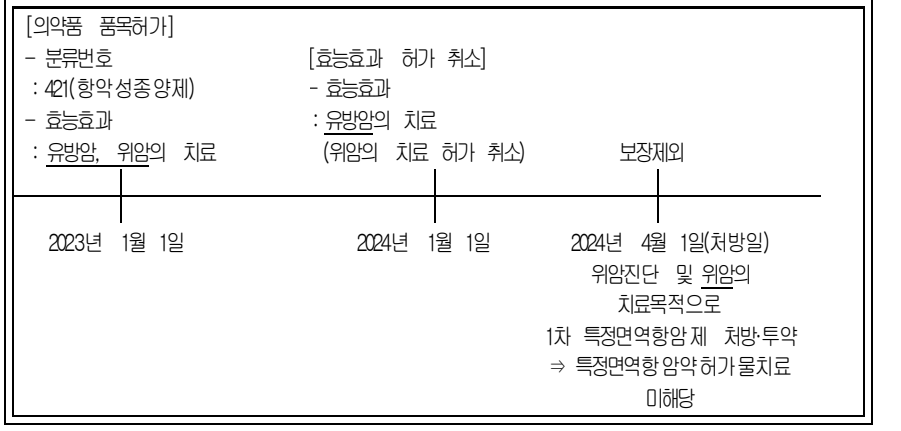
※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가





2 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제3조 (암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「전립선암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」및「갑상선암」을 말하며,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑥ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑧ 제7항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (전액본인부담 (비급여포함) 치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우

2.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우

3.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우

4.「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우

5.「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우

6.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우

7.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우

8.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지

부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑦ 제1항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑧ 제1항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑨ 제1항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑩ 제1항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진

자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]

다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한 「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제8조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]

수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제9조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]

주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]

암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제10조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제6조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제11조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제12조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제13조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제14조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술」, 「특정암 다빈치로봇 수술」의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료」의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하

여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제8항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에 정한 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함) 치료) 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제8항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함), 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암 및 전립선암으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제16조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제17조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-99. 종합병원 암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅱ(1년50%)」 및 「종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅱ(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고, 그 질병으로 종합병원에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 특정치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	연간 지급 한도	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ	수술	연간 1회한	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암Ⅱ」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 질병으로 종합병원에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 유사암Ⅱ 특정치료비Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	연간 지급 한도	보장개시일(책임개시일)부터가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ	수술	연간 1회한	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	항암방사선치료	연간 1회한		
	항암약물치료	연간 1회한		

③ 제1항 내지 제2항의 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 제1항 내지 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분

류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ의 정의)

이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅱ」라 함은 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」을 제거하거나 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제7조 (유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ의 정의)

이 특별약관에서「유사암Ⅱ 특정치료Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제9조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제10조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅱ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제12조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제13조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-102. 종합병원 암 복합치료 회복지원금(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)」, 「종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)」, 「종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)」 및 「종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년50%)」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제7항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」를 받아 제5항에서 말하는 연간치료횟수 산정기준에 따른 「연간 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료횟수」가 연간 2회이상인 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제7항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」를 받아 제5항에서 말하는 연간치료횟수 산정기준에 따른 「연간 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료횟수」가 연간 3회이상인 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
종합병원 암(유사암Ⅱ 제외) 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제7항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(이하 「유사암Ⅱ」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」를 받아 제5항에서 말하는 연간치료횟수 산정기준에 따른 「연간 유사암Ⅱ 특정치료횟수」가 연간 2회이상인 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제7항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 유사암Ⅱ로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」를 받아 제5항에서 말하는 연간치료횟수 산정기준에 따른 「연간 유사암Ⅱ 특정치료횟수」가 연간 3회이상인 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
종합병원 유사암Ⅱ 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑤ 이 특별약관에서 「연간 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료횟수」 및 「연간 유사암Ⅱ 특정치료횟수」는 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」 및 「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」의 치료행위별 연간치료횟수를 아래 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

치료행위	산정기준
수술 시	수술 1회당

항암방사선치료 시	연간 1회한
항암약물치료 시	연간 1회한

<예시안내>

[「연간 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료횟수」 및 「연간 유사암Ⅱ 특정치료횟수」 예시]

예시1) 수술 2회,
항암방사선치료 0회,
항암약물치료 1회 시행한 경우

→ 연간 치료 횟수 : 3회 수술 2회 + 항암약물치료 1회

예시2) 수술 0회,
항암방사선치료 2회,
항암약물치료 2회 시행한 경우

→ 연간 치료 횟수 : 2회 항암방사선치료 1회 + 항암약물치료 1회

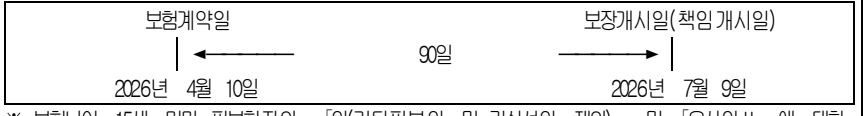
* 항암방사선치료 및 항암약물치료는 연간1회한으로 각각 1회로 산정

⑥ 제5항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 1회로 산정합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑦ 제1항 내지 제4항의 경우 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

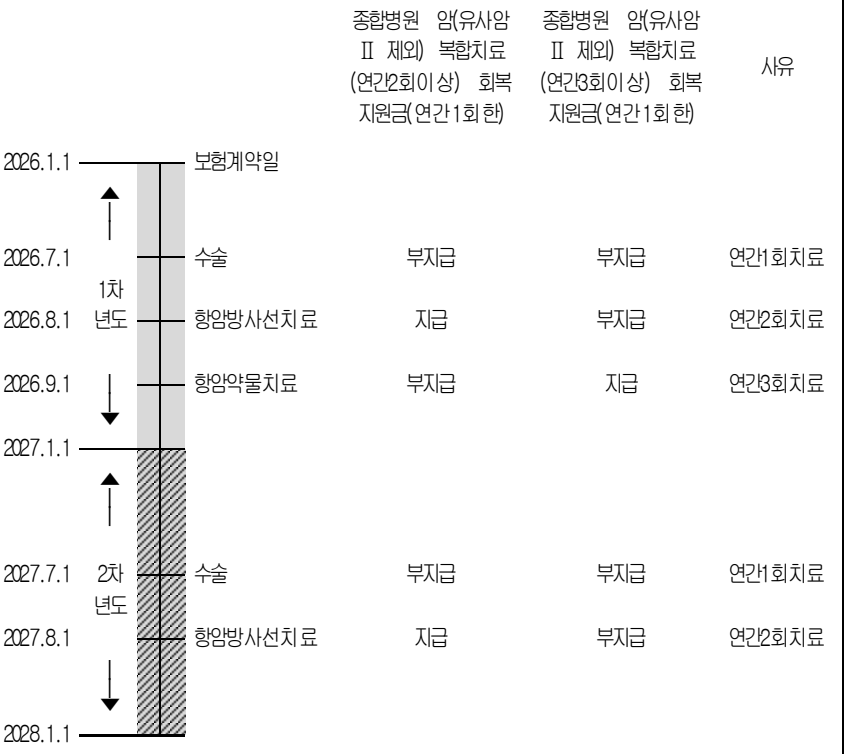


※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑧ 제1항 내지 제5항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

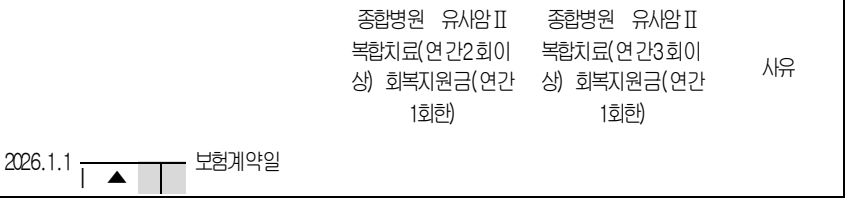
<예시안내>

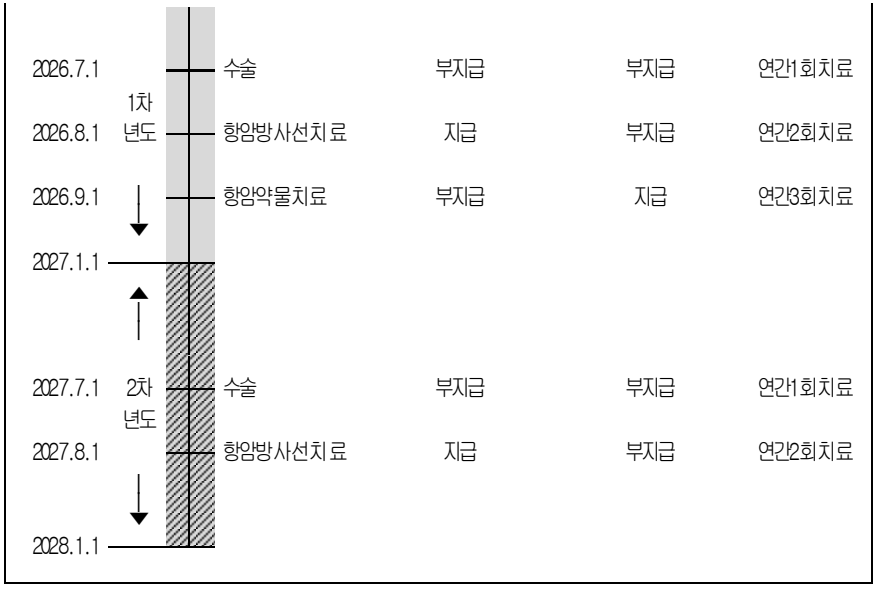
보험계약일 : 2026년 1월 1일
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단일 : 2026년 6월 1일



<예시안내>

보험계약일 : 2026년 1월 1일
유사암Ⅱ 진단일 : 2026년 6월 1일





제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비로 산정하지 않습니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단,「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]
·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제6조 (암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료Ⅲ」라 함은「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」을 제거하거나「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제7조 (유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서「유사암Ⅱ 특정치료Ⅲ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 제거하거나 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「종합병원」에서 의사의 관리 하에 「 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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

제9조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 「종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제12조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 특정치료Ⅲ에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제13조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에

서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양 의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제15조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」및 「유사암Ⅱ」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외), 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정 되거나 제5조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제14조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제15조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제7항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-109. 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(검사)(1년50%)」, 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(종합병원 통합치료비,연간1.2억한도)(1년50%)」, 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(회복치료,급여)(1년50%)」 및 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(호스피스,말기암)(1년50%)」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(검사)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(검사)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(회복치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(회복치료,급여)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(회복치료,급여)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(호스피스)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(호스피스,말기암)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(호스피스,말기암)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	10만원	20만원
	특정NGS유전자패널검사	연간 1회한	50만원	100만원
암 통합치료(회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	연간 1회한	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	연간 1회한	25만원	50만원

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
	주요 통증완화치료(급여)			
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	1일 1회 연간 20회한	1만원	2만원
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	최초 1회한	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 50%	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(종합병원 통합치료비,연간1.2억한도)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(고급형)(종합병원 통합치료비,연간1.2억한도)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1.2억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	750만원	1,500만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	300만원	600만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	150만원	300만원
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	30만원	60만원
암 통합치료 (전액본인부담 (비급여포함) 치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

⑤ 제1항 내지 제4항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례대상 검사)	암(유사암Ⅱ 포함)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함)	

구분	치료행위	대상질병
	양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	
	특정NGS유전자패널검사	질병
암 통합치료 (회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	

구분	치료행위	대상질병
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

⑥ 제4항의 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(종합병원 통합치료비,연간1.2억한도) 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
케어플러스 암 통합치료비(고급형)(종합병원 통합치료비,연간 1.2억한도)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑦ 제1항 내지 제4항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑧ 제4항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑨ 제1항 내지 제4항 및 제6항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑩ 제1항의 「암 통합치료(검사)」에 대한 보험금 지급기준일은 제6조(암 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「자기공명영상(MRI) 검사」,「양전자방출단층촬영(PET) 검사」, 「전산화단층촬영(CT) 검사」, 「특정 생검조직병리검사(급여) 」,「초음파 검사」및 「특정NGS유전자패널검사」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

⑪ 제2항의 「암 통합치료(회복치료)」 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제10조(암 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 「암 특정재활치료(급여)」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(검사)」, 「암 통합치료(회복치료)」, 「암 통합치료(호스피스)」및 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」의 경우에는 연간 총 지급액이 해당 세부보장의 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 항암약물치료에 대해서는 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]
의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

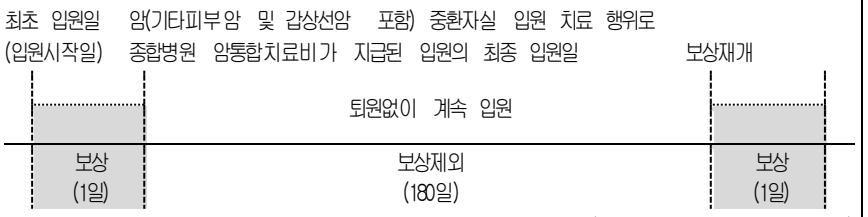
⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑦ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 입원이라도 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원 치료행위로 종합병원 암 통

합치료비(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금」이라 합니다)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '암(기타피부암 및 갑상선암 포함)'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」에서「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑨ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

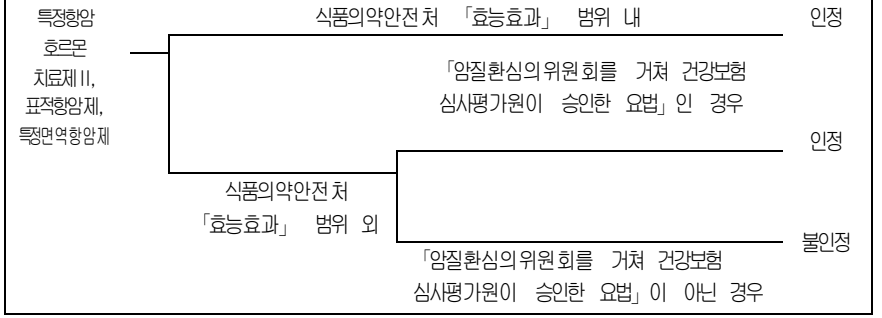
⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제6항에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」을 보장합니다.

⑫ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」, 「표적항암제」 및「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ, 표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



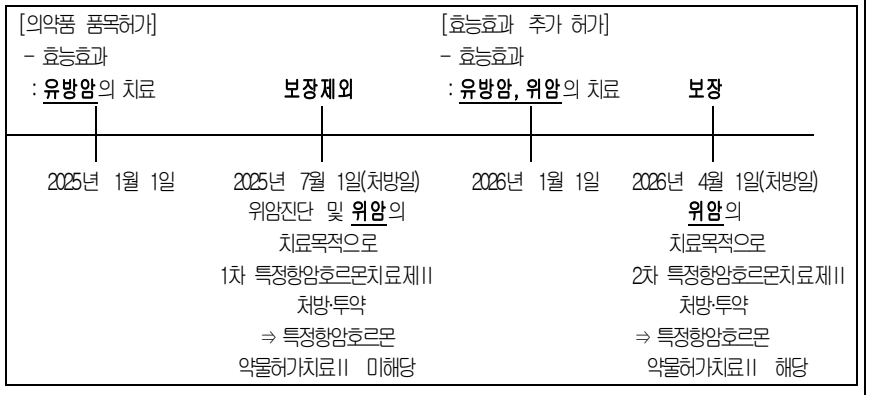
⑬ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제14조(특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범

위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

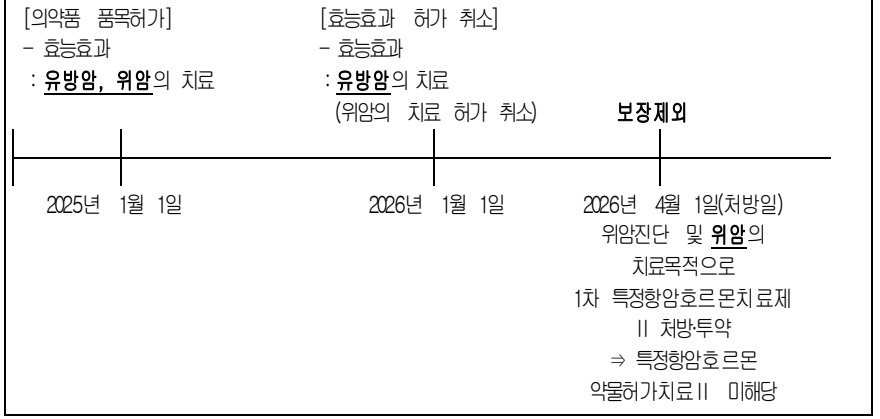
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



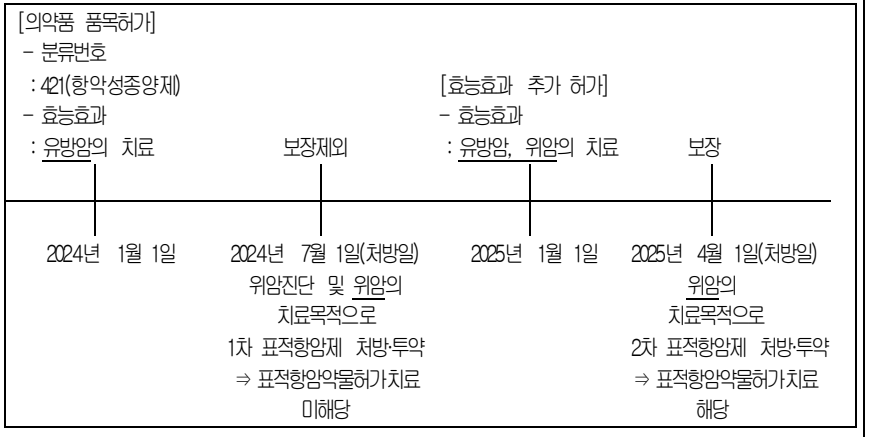
⑭ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제17조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

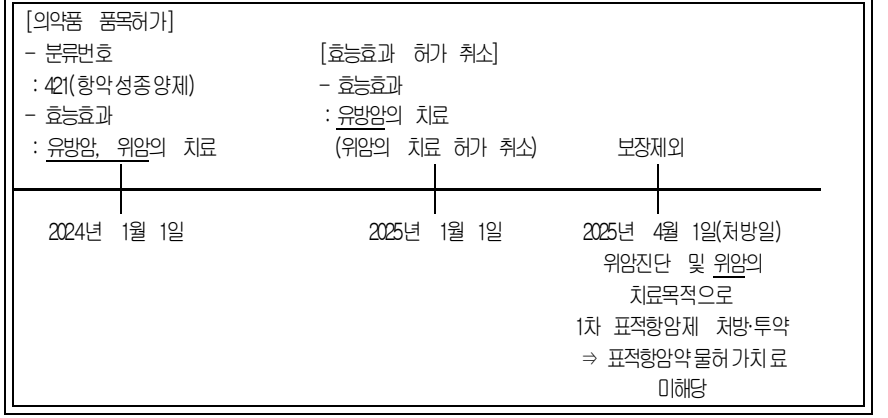
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑮ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제18조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인

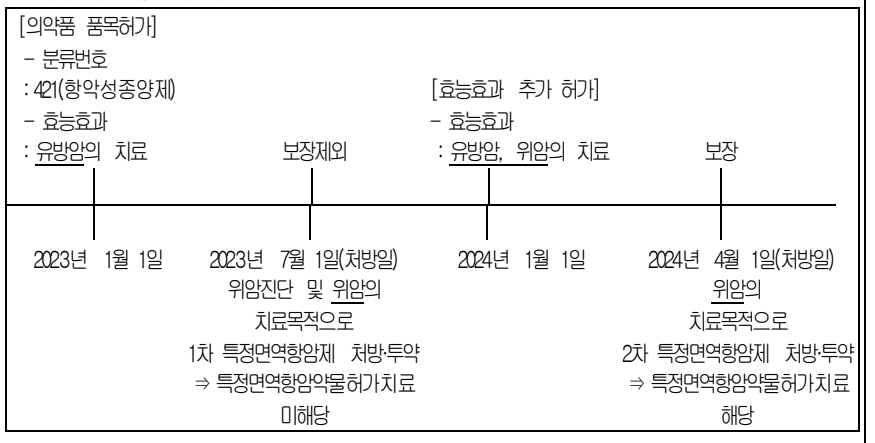
정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

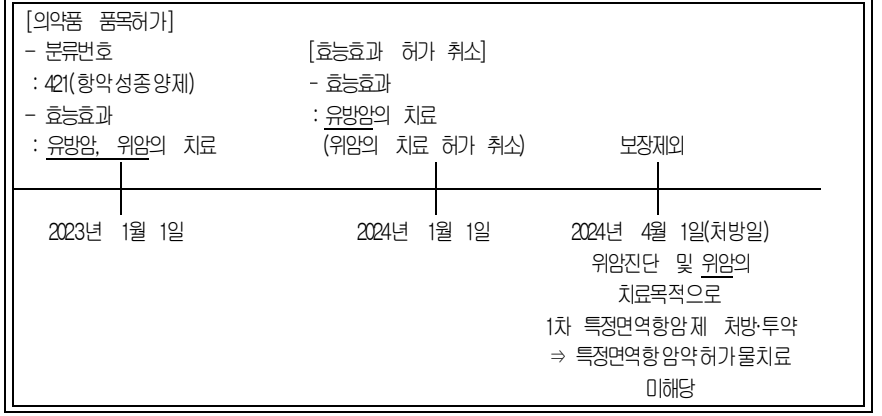
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제4조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전립선암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」 및 「갑상선암」을 말하며, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여

내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 「암 통합치료(검사)」, 「암 통합치료(회복치료)」, 「암 통합치료(호스피스)」, 「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(검사)」라 함은 피보험자의 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 그 「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다. 단, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)
	특정NGS유전자패널검사

1. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
2. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
3. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
4. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
5. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
6. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
7. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우

8. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행 여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
9. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행 여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「특정 생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우
10. 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 「특정NGS유전자패널검사 」를 받은 경우

<용어풀이>

[자기공명영상(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)]
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법

[전산화단층촬영(CT)]
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

[초음파검사(Ultrasonography)]
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(회복치료)」또는 「암 통합치료(호스피스)」라 함은 피보험자의 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 「암 통합치료(회복치료)」 또는 「암 통합치료(호스피스)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 항구토제」를 투약처방 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」를 투약처방 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 인한 통증완화를 목적으로 「암 급여 주요 통증완화치료」를 받은 경우
4. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 입원 중에 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우. 단, 「입원 암 특정재활치료(급여)」와 「통원 암 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도에 한하여 받은 경우에 한함.
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 「말기암환자」를 대상으로 하는 「호스피스완화의료」치료를 목적으로 「호스피스전문기관」으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료
	유사암Ⅱ 항암약물치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

2.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제8호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
6.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제9호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
7.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
8.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우
9.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4.「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5.「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

⑥ 제5항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑦ 제5항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑧ 제5항 제1호의「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑨ 제5항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑩ 제5항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑪ 제5항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하

거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑫ 제5항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑬ 제5항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑭ 제5항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑮ 제2항에도 불구하고 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 이전 검사라 하더라도 그 검사 결과 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정된 경우에는 「암 통합치료(검사)」로 봅니다.

제6조 (암 통합치료(검사)의 정의)

① 이 특별약관에서「MRI 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 MRI 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서「CT 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 CT 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「양전자방출단층촬영(PET) 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 양전자방출단층촬영(PET)를 하는 의료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「초음파 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 초음파 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「특정 생검조직병리검사(급여)」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 확인하기 위한 필요소견을 토대로 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리하에 [별표-질병관련72]특정 생검조직병리검사(급여) 분류표에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「특정NGS유전자패널 검사」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 특정NGS유전자패널검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널검사」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

대상치료	수가코드
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ	CB003
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅱ	CB004
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅰ	CB005
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅱ	CB006
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ- 비소세포성 폐암에서 23종 유전자 정성검사의 경우	CB007

<용어풀이>

[차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사]
기존단일유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사

⑧ 제6항의 「특정NGS유전자패널검사」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑨ 제5항의 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 제6항의 「 특정NGS유전자패널검사」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「 특정NGS유전자패널검사」시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「특정NGS유전자패널검

사」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑪ 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「특정NGS유전자패널검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우 및 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)인 경우를 말합니다.

제7조 (「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」, 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」라 함은 피보험자가 암(유사암Ⅱ 포함)으로 인해 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례대상)에 정한 산정특례대상에 해당되어 건강보험 산정특례에 등록되어 있으며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하고, 본인일부부담금 산정특례가 적용되어 피보험자가 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담한 검사를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나, 제1항에 따른 본인일부부담금 산정특례가 적용되지 않은 검사 및 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상))에 해당하는 검사를 말합니다.

③ 피보험자가 건강보험 산정특례 등록 이전에 이미 의료기관에 검사비용을 부담하여, 회사가 해당 검사비용에 대한 산정특례대상 여부를 확인할 수 없는 경우에는 해당 검사비용을 기준으로 제1항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사 및 제2항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」을 판단하지 않으며, 건강보험 산정특례 등록 이후의 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 판단합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사가 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 확인할 수 없는 경우에는 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」 이내에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 검사는 제1항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」로 보고, 그렇지 않은 경우에는 제2항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」로 보아 암(유사암Ⅱ 포함) MRI·PET·CT·초음파 검사비를 지급합니다.

⑤ 제4항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」은 제22조(보험금의 청구) 제1항 제2호의 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본 또는 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류에 기재된 사항을 따릅니다.

⑥ 제1항의 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제6항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

<예시안내>

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

⑧ 회사는 제7항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑨ 제7항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑪ 제7항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경

전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑫ 제7항 내지 제11항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조 (「급여 특정 항구토제」 및 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 항구토제」라 함은 [별표-질병관련56]급여 특정 항구토제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」라 함은 [별표-질병관련57]급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조 (「암 급여 주요통증완화치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 급여 주요통증완화치료」라 함은 피보험자의 진단확정 된 「암」의 통증 완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 「급여 신경차단·파괴술」을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 신경차단·파괴술」이라 함은 [별표-질병관련73] 신경차단·파괴술 분류표에서 정한 신경차단·파괴술 대상 수가코드를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2. 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 마약성 진통제」라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 「연간 30일이상 처방」이라 함은 「급여 마약성 진통제」의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성 진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 「급여 마약성 진통제」를 처방받은 날로 합니다.

약효분류	분류번호
1. 마약	800
2. 알칼로이드 마약(천연)	810
3. 아편알칼로이드계 제제	811
4. 코카알칼로이드계 제제	812
5. 비알칼로이드계 마약	820
6. 합성 마약	821
7. 기타의 비알칼로이드계 마약	829

※ 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에서 정한 마약성 진통제 분류 기준을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 제1항의 수가코드 및 약효분류번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강

보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「암 급여 주요통증완화치료」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「급여 신경차단술」, 「급여 신경파괴술」, 「급여 마약성 진통제」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조 (암 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련 45]암 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 중, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 완료 후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문 재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장해를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제11조 (「말기암환자」, 「호스피스완화의료」 및 「호스피스전문기관」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「말기암환자」라 함은 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"(이하 "연명의료결정법"이라 합니다) 제2조(정의) 제3호에 따라 암으로 인해 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 말기환자(末期患者)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「호스피스완화의료」라 함은 "연명의료결정법" 제2조(정의) 제6호에서 정한 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료목적으로 하는 의료로서, 동법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 「말기암환자」가 제3항에서 정한 「호스피스전문기관」에서 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

<용어풀이>

[가정형 호스피스]
가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

[입원형 호스피스]
보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

③ 이 특별약관에 있어서 「호스피스전문기관」이라 함은 "연명의료결정법" 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

④ 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 「호스피스전문기관」 해당여부는 치료 당시 지정된 기준으로 판단합니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)
제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4 ~ 5. (생 략)
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
가. 암 (생 략)
제28조(호스피스의 신청)

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.
② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제12조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제13조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제14조 (특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<유의사항>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련60]특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해

당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」 의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제15조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]
다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한 「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제16조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]

수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제17조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제18조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품

중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]
면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제19조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을

따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제20조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제21조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제22조 (보험금의 청구)

① 제2조 (보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항의 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료비계산서·영수증, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등).

가. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제1호 내지 제8호의 경우 : 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET검사결과지, 초음파 소견서, 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등) 등

나. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제9호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 특정 생검조직병리검사 소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.

다. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제10호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 병리검사결과지. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

라. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제1호 내지 제2호의 경우 :「급여 특정암 합병증 및 항암부작용 약제」,「급여 특정 항구토제」처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등

마. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제3호의 경우

(ㄱ) 「급여 신경차단술」 또는 「급여 신경파괴술」을 받은 경우 : 진료확인서(통증의 원인 필수기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI) 필수기재), 진료기록부 등

(ㄴ) 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우

(1) 암 급여 주요 통증완화치료비 확인서(회사양식) : 진단명, 투약한 약제의 제품명 및 약효 분류번호, 최초 처방(투약)일 및 총 투약일수, 통증의 원인 및 투약목적 내용이 포함되어있어야 합니다.

(2) 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

바. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제4호의 경우 : 진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

사. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제5호의 경우 : 말기암환자임을 나타내는 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부 내역서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제2조 (보험금의 지급사유) 제4항의 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제4호 내지 제5호의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제6호의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제5조(암 통합치료의 정의) 제4항의 제8호 내지 제9호의 경우: 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제8호의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
5. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제7호의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

③ 제1항 제2호 및 제2항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제23조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 각 호에 해당하는 특별약관 혹은 세부보장을 무효로 하며 해당 특별약관 및 세부보장에 대해 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 무효가 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보

험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 합니다.
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.
3. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제7항 내지 제8항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(검사) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 케어플러스 암 통합치료비(고급형)(종합병원 통합치료비,연간1.2억한도)세부보장을 무효로 합니다. 다만, 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제7항 내지 제8항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 무효대상 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 무효대상 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제24조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제25조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제7항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-111. 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(검사)(1년50%)」, 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(종합병원 통합치료비,연간1억한도)(1년50%)」, 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(회복치료,급여)(1년50%)」 및 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(호스피스,말기암)(1년50%)」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(검사)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(검사)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(회복치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(회복치료,급여)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(회복치료,급여)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(호스피스)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(호스피스,말기암)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(호스피스,말기암)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	10만원	20만원
	특정NGS유전자패널검사	연간 1회한	50만원	100만원
암 통합치료(회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	연간 1회한	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	연간 1회한	25만원	50만원

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
	주요 통증완화치료(급여)			
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	1일 1회 연간 20회한	1만원	2만원
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	최초 1회한	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 50%	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(종합병원 통합치료비,연간1억한도)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(표준형)(종합병원 통합치료비,연간1억한도)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	200만원	400만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	150만원	300만원
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	연간 1회한	30만원	60만원
암 통합치료 (전액본인부담 (비급여포함) 치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,500만원	3,000만원

⑤ 제1항 내지 제4항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례대상 검사)	암(유사암Ⅱ 포함)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함)	

구분	치료행위	대상질병
	양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	
	특정NGS유전자패널검사	질병
암 통합치료 (회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	

구분	치료행위	대상질병
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

⑥ 제4항의 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(종합병원 통합치료비,연간1억한도) 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
케어플러스 암 통합치료비(표준형)(종합병원 통합치료비,연간1억한도)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑦ 제1항 내지 제4항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑧ 제4항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑨ 제1항 내지 제4항 및 제6항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑩ 제1항의 「암 통합치료(검사)」에 대한 보험금 지급기준일은 제6조(암 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「자기공명영상(MRI) 검사」,「양전자방출단층촬영(PET) 검사」, 「전산화단층촬영(CT) 검사」, 「특정 생검조직병리검사(급여) 」,「초음파 검사」및 「특정NGS유전자패널검사」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

⑪ 제2항의 「암 통합치료(회복치료)」 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제10조(암 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 「암 특정재활치료(급여)」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(검사)」, 「암 통합치료(회복치료)」, 「암 통합치료(호스피스)」및 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」의 경우에는 연간 총 지급액이 해당 세부보장의 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 항암약물치료에 대해서는 특정항암호르몬약물허가치료비Ⅱ가 지급되지 않습니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]
의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실
가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

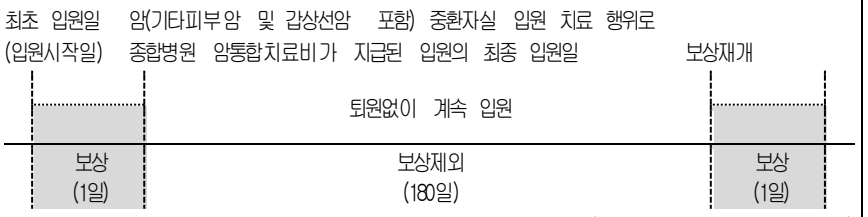
⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑦ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」에 대한 입원이라도 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원 치료행위로 종합병원 암 통

합치료비(이하 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금」이라 합니다)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '암(기타피부암 및 갑상선암 포함)'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑧ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」에서「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단된 경우에는 이는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑨ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원」의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

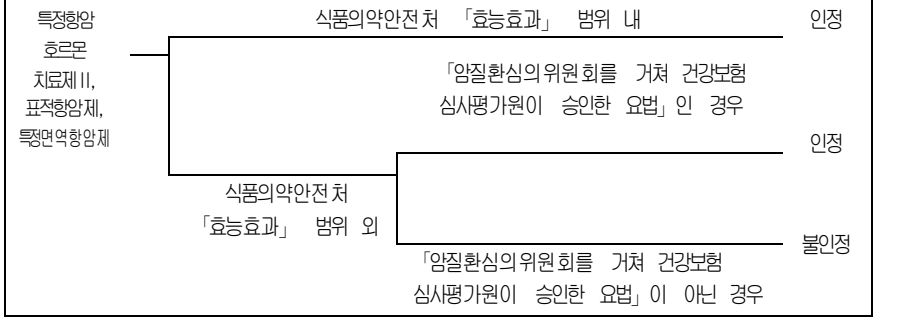
⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑪ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제6항에 따라 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원」을 보장합니다.

⑫ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」, 「표적항암제」 및「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ, 표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



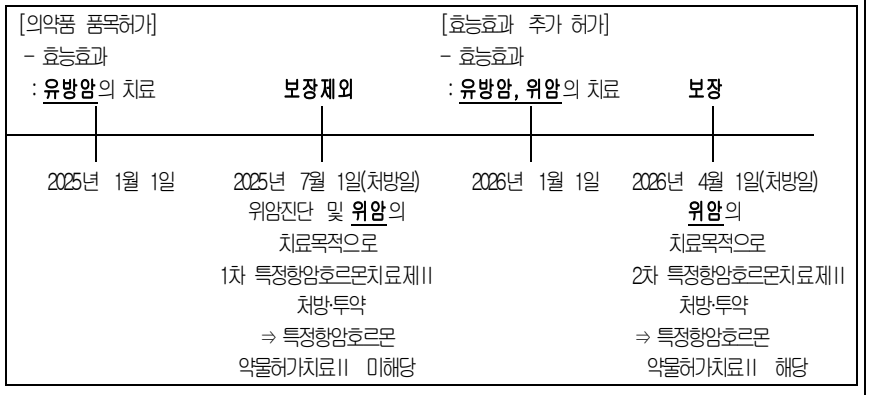
⑬ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제14조(특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범

위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

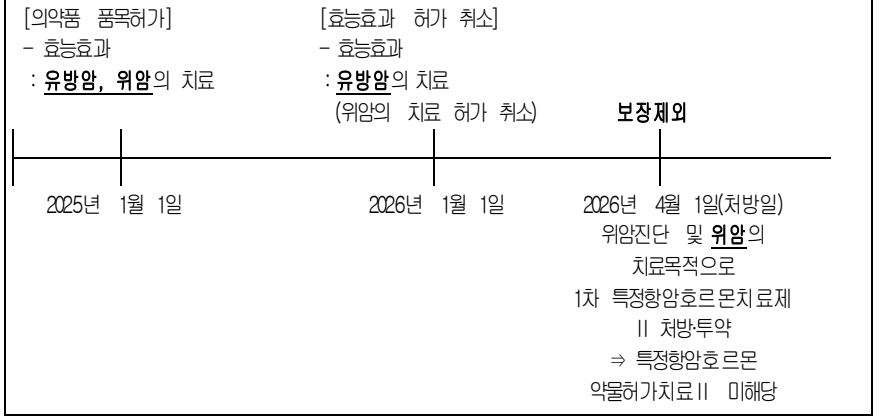
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



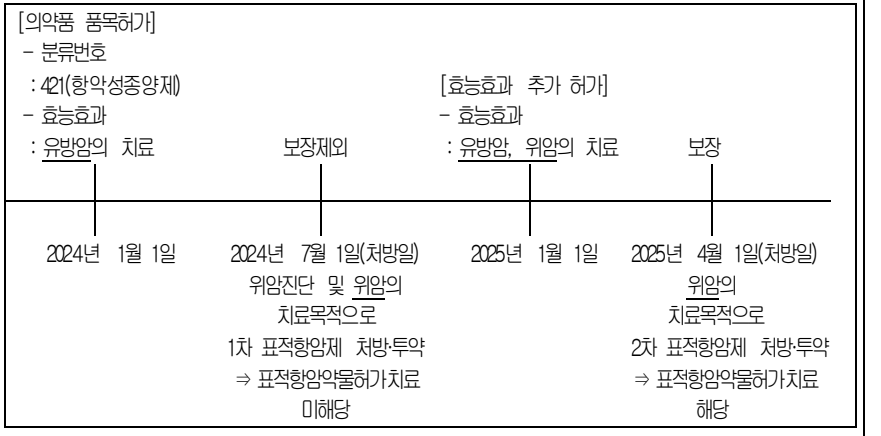
⑭ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제17조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

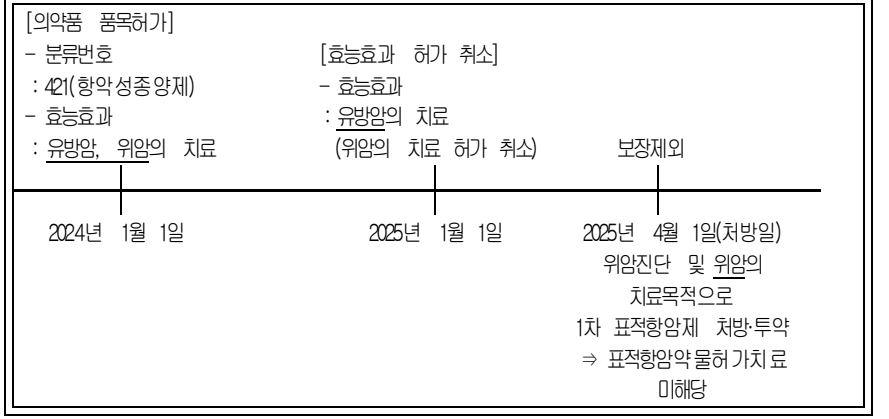
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



⑮ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제18조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인

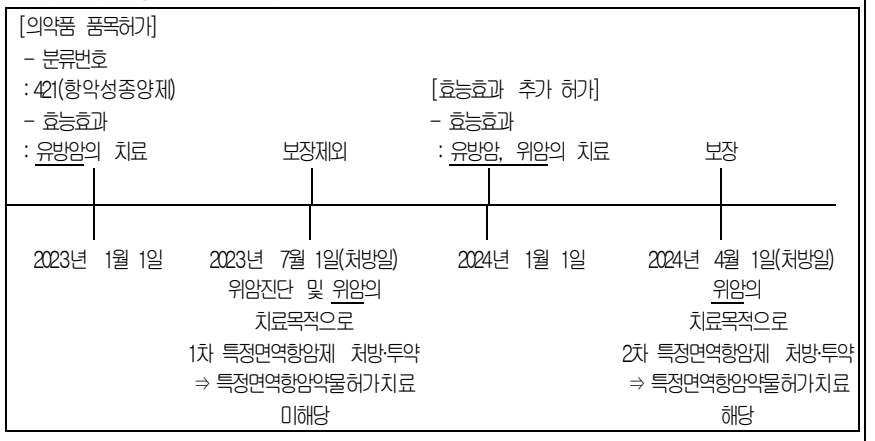
정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

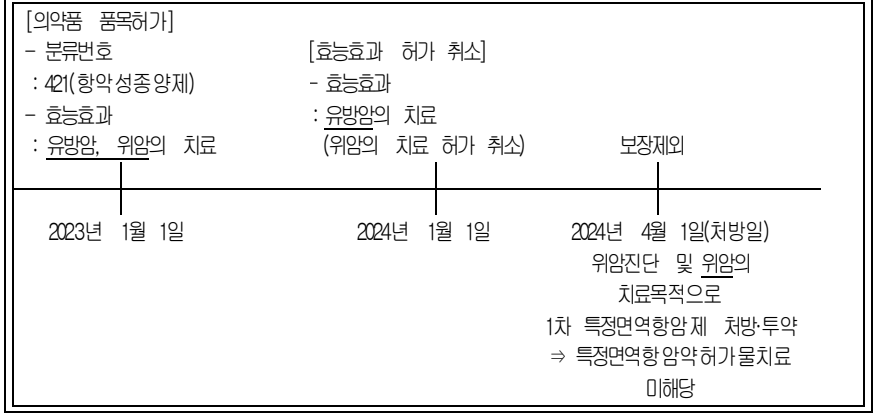
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



제4조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「전립선암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」 및 「갑상선암」을 말하며, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「전립선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여

내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「암(특정암 제외)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 「암 통합치료(검사)」, 「암 통합치료(회복치료)」, 「암 통합치료(호스피스)」, 「암 통합치료(특정치료)」 및 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(검사)」라 함은 피보험자의 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 그 「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다. 단, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)
	특정NGS유전자패널검사

1. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
2. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
3. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
4. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
5. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
6. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
7. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우

8. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행 여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
9. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행 여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「특정 생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우
10. 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 「특정NGS유전자패널검사 」를 받은 경우

<용어풀이>

[자기공명영상(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)]
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법

[전산화단층촬영(CT)]
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

[초음파검사(Ultrasonography)]
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(회복치료)」또는 「암 통합치료(호스피스)」라 함은 피보험자의 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 「암 통합치료(회복치료)」 또는 「암 통합치료(호스피스)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 항구토제」를 투약처방 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」를 투약처방 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 인한 통증완화를 목적으로 「암 급여 주요 통증완화치료」를 받은 경우
4. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 입원 중에 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우. 단, 「입원 암 특정재활치료(급여)」와 「통원 암 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도에 한하여 받은 경우에 한함.
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 「말기암환자」를 대상으로 하는 「호스피스완화의료」치료를 목적으로 「호스피스전문기관」으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료
	유사암Ⅱ 항암약물치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 중환자실 입원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ
	유사암Ⅱ 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

2.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제8호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
6.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우. 다만, 제9호에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우는 제외합니다.
7.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
8.「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우
9.「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ를 받은 경우

⑤ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4.「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5.「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8.「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

⑥ 제5항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑦ 제5항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑧ 제5항 제1호의「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑨ 제5항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑩ 제5항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑪ 제5항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하

거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑫ 제5항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑬ 제5항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑭ 제5항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑮ 제2항에도 불구하고 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 이전 검사라 하더라도 그 검사 결과 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정된 경우에는 「암 통합치료(검사)」로 봅니다.

제6조 (암 통합치료(검사)의 정의)

① 이 특별약관에서「MRI 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 MRI 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서「CT 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 CT 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「양전자방출단층촬영(PET) 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 양전자방출단층촬영(PET)를 하는 의료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「초음파 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 초음파 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「특정 생검조직병리검사(급여)」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 확인하기 위한 필요소견을 토대로 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리하에 [별표-질병관련72]특정 생검조직병리검사(급여) 분류표에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「특정NGS유전자패널 검사」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 특정NGS유전자패널검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널검사」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

대상치료	수가코드
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ	CB003
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅱ	CB004
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅰ	CB005
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅱ	CB006
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ- 비소세포성 폐암에서 23종 유전자 정성검사의 경우	CB007

<용어풀이>

[차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사]
기존단일유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사

⑧ 제6항의 「특정NGS유전자패널검사」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑨ 제5항의 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 제6항의 「 특정NGS유전자패널검사」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「 특정NGS유전자패널검사」시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「특정NGS유전자패널검

사」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑪ 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「특정NGS유전자패널검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우 및 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)인 경우를 말합니다.

제7조 (「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」, 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」라 함은 피보험자가 암(유사암Ⅱ 포함)으로 인해 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례대상)에 정한 산정특례대상에 해당되어 건강보험 산정특례에 등록되어 있으며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하고, 본인일부부담금 산정특례가 적용되어 피보험자가 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담한 검사를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나, 제1항에 따른 본인일부부담금 산정특례가 적용되지 않은 검사 및 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상))에 해당하는 검사를 말합니다.

③ 피보험자가 건강보험 산정특례 등록 이전에 이미 의료기관에 검사비용을 부담하여, 회사가 해당 검사비용에 대한 산정특례대상 여부를 확인할 수 없는 경우에는 해당 검사비용을 기준으로 제1항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사 및 제2항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」을 판단하지 않으며, 건강보험 산정특례 등록 이후의 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 판단합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사가 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 확인할 수 없는 경우에는 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」 이내에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 검사는 제1항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」로 보고, 그렇지 않은 경우에는 제2항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」로 보아 암(유사암Ⅱ 포함) MRI·PET·CT·초음파 검사비를 지급합니다.

⑤ 제4항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」은 제22조(보험금의 청구) 제1항 제2호의 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본 또는 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류에 기재된 사항을 따릅니다.

⑥ 제1항의 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제6항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

<예시안내>

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

⑧ 회사는 제7항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑨ 제7항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑪ 제7항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경

전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑫ 제7항 내지 제11항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조 (「급여 특정 항구토제」 및 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 항구토제」라 함은 [별표-질병관련56]급여 특정 항구토제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」라 함은 [별표-질병관련57]급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조 (「암 급여 주요통증완화치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 급여 주요통증완화치료」라 함은 피보험자의 진단확정 된 「암」의 통증 완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 「급여 신경차단·파괴술」을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 신경차단·파괴술」이라 함은 [별표-질병관련73] 신경차단·파괴술 분류표에서 정한 신경차단·파괴술 대상 수가코드를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2. 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 마약성 진통제」라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 「연간 30일이상 처방」이라 함은 「급여 마약성 진통제」의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성 진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 「급여 마약성 진통제」를 처방받은 날로 합니다.

약효분류	분류번호
1. 마약	800
2. 알칼로이드 마약(천연)	810
3. 아편알칼로이드계 제제	811
4. 코카알칼로이드계 제제	812
5. 비알칼로이드계 마약	820
6. 합성 마약	821
7. 기타의 비알칼로이드계 마약	829

※ 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에서 정한 마약성 진통제 분류 기준을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 제1항의 수가코드 및 약효분류번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강

보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「암 급여 주요통증완화치료」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「급여 신경차단술」, 「급여 신경파괴술」, 「급여 마약성 진통제」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조 (암 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련 45]암 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 중, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 완료 후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문 재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장해를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제11조 (「말기암환자」, 「호스피스완화의료」 및 「호스피스전문기관」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「말기암환자」라 함은 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"(이하 "연명의료결정법"이라 합니다) 제2조(정의) 제3호에 따라 암으로 인해 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 말기환자(末期患者)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「호스피스완화의료」라 함은 "연명의료결정법" 제2조(정의) 제6호에서 정한 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료목적으로 하는 의료로서, 동법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 「말기암환자」가 제3항에서 정한 「호스피스전문기관」에서 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

<용어풀이>

[가정형 호스피스]
가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

[입원형 호스피스]
보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

③ 이 특별약관에 있어서 「호스피스전문기관」이라 함은 "연명의료결정법" 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

④ 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 「호스피스전문기관」 해당여부는 치료 당시 지정된 기준으로 판단합니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)
제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4 ~ 5. (생 략)
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
가. 암 (생 략)
제28조(호스피스의 신청)

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.
② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제12조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제13조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.
② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제14조 (특정항암호르몬치료제Ⅱ 및 특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)'(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

<유의사항>

[특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 4월 기준 특정항암호르몬 치료제Ⅱ에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련60]특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료Ⅱ」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해

당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 또는 「유사암Ⅱ」 의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제15조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「다빈치로봇 수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」 또는 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ966

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]
다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한 「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제16조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]

수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제17조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제18조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품

중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]
면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제19조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을

따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제20조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제21조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제22조 (보험금의 청구)

① 제2조 (보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항의 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료비계산서·영수증, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등).

가. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제1호 내지 제8호의 경우 : 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET검사결과지, 초음파 소견서, 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등) 등

나. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제9호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 특정 생검조직병리검사 소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.

다. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제10호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 병리검사결과지. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

라. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제1호 내지 제2호의 경우 :「급여 특정암 합병증 및 항암부작용 약제」,「급여 특정 항구토제」처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등

마. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제3호의 경우

(ㄱ)「급여 신경차단술」 또는「급여 신경파괴술」을 받은 경우 : 진료확인서(통증의 원인 필수기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI) 필수기재), 진료기록부 등

(ㄴ)「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우

(1) 암 급여 주요 통증완화치료비 확인서(회사양식) : 진단명, 투약한 약제의 제품명 및 약효 분류번호, 최초 처방(투약)일 및 총 투약일수, 통증의 원인 및 투약목적 내용이 포함되어있어야 합니다.

(2) 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

바. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제4호의 경우 : 진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

사. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제5호의 경우 : 말기암환자임을 나타내는 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부 내역서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제2조 (보험금의 지급사유) 제4항의 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
   가. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제4호 내지 제5호의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함
   나. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제6호의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함
3. 제5조(암 통합치료의 정의) 제4항의 제8호 내지 제9호의 경우: 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
   가. 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명, 진단일자
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ) 처방목적(항암 목적 호르몬치료 관련성 여부)
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제8호의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
5. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제7호의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
6. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
7. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

③ 제1항 제2호 및 제2항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제23조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 각 호에 해당하는 특별약관 혹은 세부보장을 무효로 하며 해당 특별약관 및 세부보장에 대해 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 무효가 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보

험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 합니다.
2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.
3. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제7항 내지 제8항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(검사) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 케어플러스 암 통합치료비(표준형)(종합병원 통합치료비,연간1억한도)세부보장을 무효로 합니다. 다만, 제25조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제7항 내지 제8항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 무효대상 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 무효대상 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제24조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제25조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제7항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-113. 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(검사)(1년50%)」, 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(종합병원 통합치료비,연간5천만한도)(1년50%)」, 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(회복치료,급여)(1년50%)」 및 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(호스피스,말기암)(1년50%)」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(검사)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(검사)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(회복치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(회복치료,급여)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(회복치료,급여)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(호스피스)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(호스피스,말기암)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(호스피스,말기암)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	10만원	20만원
	특정NGS유전자패널검사	연간 1회한	50만원	100만원
암 통합치료(회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	연간 1회한	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	연간 1회한	25만원	50만원

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
	주요 통증완화치료(급여)			
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	1일 1회 연간 20회한	1만원	2만원
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	최초 1회한	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 50%	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제7항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(종합병원 통합치료비,연간5천만원한도)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(실속형)(종합병원 통합치료비,연간5천만원한도)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 5천만원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	수술 1회당	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 수술	수술 1회당	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	연간 1회한	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	유사암Ⅱ 항암약물치료	연간 1회한	100만원	200만원
암 통합치료 (전액본인부담 (비급여포함) 치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	수술1회당	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	연간 1회한	500만원	1,000만원
	특정암 다빈치로봇 수술	연간 1회한	250만원	500만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	500만원	1,000만원

⑤ 제1항 내지 제4항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례대상 검사)	암(유사암Ⅱ 포함)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사	

구분	치료행위	대상질병
	(산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	
	특정NGS유전자패널검사	질병
암 통합치료 (회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료	
	유사암Ⅱ 수술	유사암Ⅱ
	유사암Ⅱ 항암방사선치료	
	유사암Ⅱ 항암약물치료	
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료	
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료	
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술	암(특정암 제외)
	특정암 다빈치로봇 수술	특정암

⑥ 제4항의 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(종합병원 통합치료비,연간5천만원한도) 연간 총 지급액은 아래에 정한 금액을 한도로 합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
케어플러스 암 통합치료비(실속형)(종합병원 통합치료비,연간5천만원한도)	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑦ 제1항 내지 제4항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑧ 제4항의 치료행위 중 수술은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑨ 제1항 내지 제4항 및 제6항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑩ 제1항의 「암 통합치료(검사)」에 대한 보험금 지급기준일은 제6조(암 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「자기공명영상(MRI) 검사」,「양전자방출단층촬영(PET) 검사」, 「전산화단층촬영(CT) 검사」, 「특정 생검조직병리검사(급여) 」,「초음파 검사」및 「특정NGS유전자패널검사」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

⑪ 제2항의 「암 통합치료(회복치료)」 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제10조(암 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 「암 특정재활치료(급여)」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(검사)」, 「암 통합치료(회복치료)」, 「암 통합치료(호스피스)」 및 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 「암 통합치료(특정치료)」 또는 「암 통합치료(전액본인부담(비급여 포함)치료」의 경우에는 연간 총 지급액이 해당 세부보장의 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

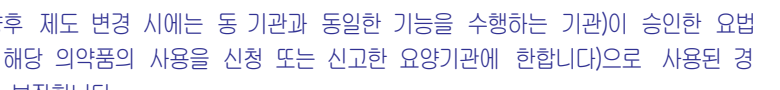
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

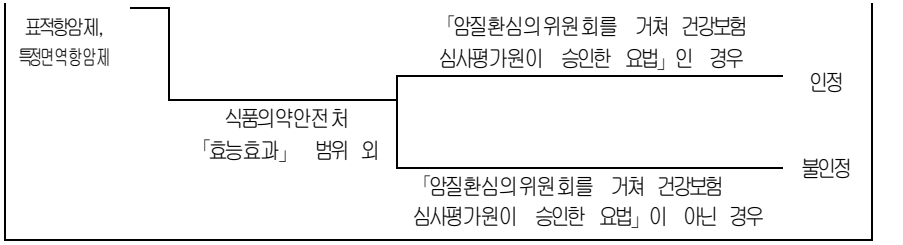
③ 항암방사선치료 및 항암약물치료에 대해서는 암 수술비가 지급되지 않습니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」 및 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」는 각각 「표적항암제」 및 「특정면역항암제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[표적항암제, 특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]





⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제16조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

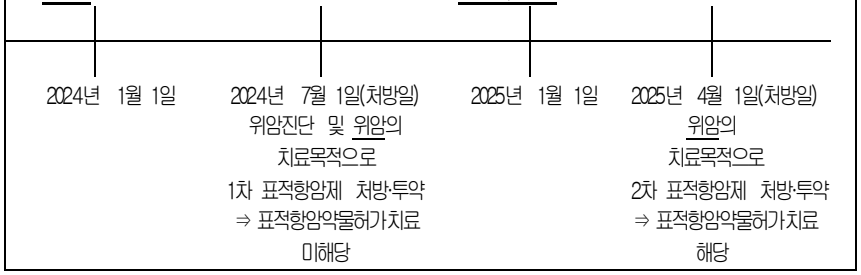
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]
※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]

[의약품 품목허가]
- 분류번호
: 421(항악성종양제)
- 효능효과
: 유방암의 치료

[효능효과 추가 허가]
- 효능효과
: 유방암, 위암의 치료

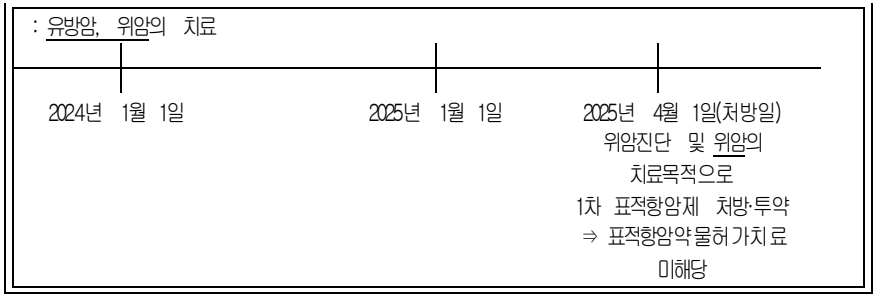


2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소

[의약품 품목허가]
- 분류번호
: 421(항악성종양제)
- 효능효과

[효능효과 허가 취소]
- 효능효과
: 유방암의 치료
(위암의 치료 허가 취소)

보장제외



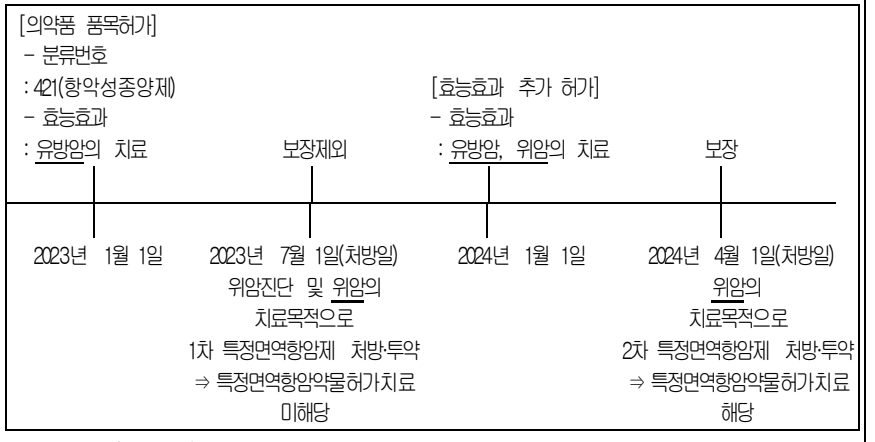
⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 치료행위 중「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 특정면역항암약물허가치료」 또는 「비급여 특정면역항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제17조(특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

<예시안내>

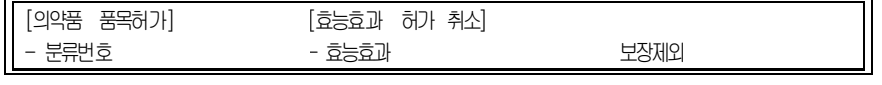
[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

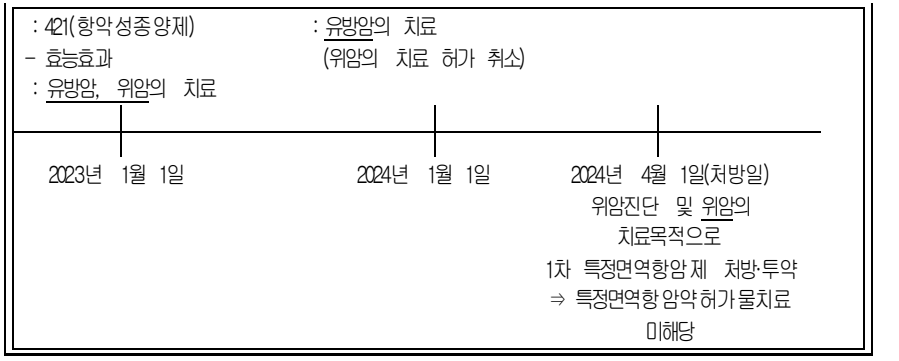
※ 아래는 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료에 해당하는 경우 예시임

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소





제4조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서「암(특정암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「전립선암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

④ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」 및「갑상선암」을 말하며,「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

⑩ 이 특별약관에서「전립선암」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑪「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「제자리암」,「경계성종양」 또는 「전립선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑫ 제11항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」,「암(특정암 제외)」,「기타피부암」, 「갑상선암」,「제자리암」,「경계성종양」 또는 「전립선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서「암 통합치료」라 함은「암 통합치료(검사)」,「암 통합치료(회복치료)」, 「암 통합치료(호스피스)」,「암 통합치료(특정치료)」 및「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(검사)」라 함은 피보험자의「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 그「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다. 단, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)
	특정NGS유전자패널검사

1.「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우

2.「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우

3.「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행

여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우

4. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
5. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
6. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
7. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
8. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
9. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「특정 생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우
10. 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 「특정NGS유전자패널검사 」를 받은 경우

<용어풀이>

[자기공명영상(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)]
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법

[전산화단층촬영(CT)]
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

[초음파검사(Ultrasonography)]
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(회복치료)」또는 「암 통합치료(호스피스)」라 함은 피보험자의 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 「암 통합치료(회복치료)」 또는 「암 통합치료(호스피스)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 항구토제」를 투약처방 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」를 투약처방 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 인한 통증완화를 목적으로 「암 급여 주요 통증완화치료」를 받은 경우
4. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 입원 중에 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우. 단, 「입원 암 특정재활치료(급여)」와 「통원 암 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도에 한하여 받은 경우에 한함.
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 「말기암환자」를 대상으로 하는 「호스피스완화의료」치료를 목적으로 「호스피스전문기관」으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「암 통합치료(특정치료)」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (특정치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 수술
	유사암Ⅱ 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암방사선치료
	유사암Ⅱ 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 항암약물치료
	유사암Ⅱ 항암약물치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우.
6. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우.

⑤ 이 특별약관에서 「암 통합치료 전액본인부담(비급여포함)치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안정성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료 전액본인부담 (비급여포함) 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암약물치료
	암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술
	특정암 다빈치로봇 수술
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 항암양성자방사선치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 표적항암약물허가치료
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정면역항암약물허가치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 수술을 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료를 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료를 받은 경우
4. 「암(특정암 제외)」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
5. 「특정암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술을 받은 경우
6. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료를 받은 경우
7. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료를 받은 경우
8. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우

⑥ 제5항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑦ 제5항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

⑧ 제5항 제1호의「전액본인부담(비급여포함)수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑨ 제5항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑩ 제5항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑪ 제5항 제4호 및 제5호의「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 다빈치로봇 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑫ 제5항 제6호의「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 항암양성자방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑬ 제5항 제7호의「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 표적항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

⑭ 제5항 제8호의「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 특정면역항암약물허가치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제6항 및 제7항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑮ 제2항에도 불구하고 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 이전 검사라 하더라도 그 검사 결과 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정된 경우에는 「암 통합치료(검사)」로 봅니다.

제6조 (암 통합치료(검사)의 정의)

① 이 특별약관에서「MRI 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 MRI 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서「CT 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 CT 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「양전자방출단층촬영(PET) 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 양전자방출단층촬영(PET)를 하는 의료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관에서「초음파 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 초음파 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「특정 생검조직병리검사(급여)」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 확인하기 위한 필요소견을 토대로 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리하에 [별표-질병관련72]특정 생검조직병리검사(급여) 분류표에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「특정NGS유전자패널 검사」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 특정NGS유전자패널검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널검사」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

대상치료	수가코드
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ	CB003
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅱ	CB004
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅰ	CB005
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅱ	CB006
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ- 비소세포성 폐암에서 23종 유전자 정성검사의 경우	CB007

<용어풀이>

[차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사]
기존단일유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사

⑧ 제6항의 「특정NGS유전자패널검사」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑨ 제5항의 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 제6항의 「 특정NGS유전자패널검사」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「 특정NGS유전자패널검사」시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·

비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「특정NGS유전자패널검사」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑪ 「특정 생검조직병리검사(급여)」및「특정NGS유전자패널검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우 및「국민건강보험법」또는「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)인 경우를 말합니다.

제7조 (「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」, 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」의 정의)

① 이 특별약관에서「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」라 함은 피보험자가 암(유사암Ⅱ 포함)으로 인해 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제4조(중증질환자 산정특례대상)에 정한 산정특례대상에 해당되어 건강보험 산정특례에 등록되어 있으며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하고, 본인일부부담금 산정특례가 적용되어 피보험자가 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담한 검사를 말합니다.

② 이 특별약관에서「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」라 함은「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나, 제1항에 따른 본인일부부담금 산정특례가 적용되지 않은 검사 및 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제9조 제1항([별표2] 비급여대상))에 해당하는 검사를 말합니다.

③ 피보험자가 건강보험 산정특례 등록 이전에 이미 의료기관에 검사비용을 부담하여, 회사가 해당 검사비용에 대한 산정특례대상 여부를 확인할 수 없는 경우에는 해당 검사비용을 기준으로 제1항의「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사 및 제2항의「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」을 판단하지 않으며, 건강보험 산정특례 등록 이후의 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 판단합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사가 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 확인할 수 없는 경우에는「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」 이내에「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 검사는 제1항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」로 보고, 그렇지 않은 경우에는 제2항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」로 보아 암(유사암Ⅱ 포함) MRI·PET·CT·초음파 검사비를 지급합니다.

⑤ 제4항의「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」은 제21조(보험금의 청구) 제1항 제2호의 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본 또는 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류에 기재된 사항을 따릅니다.

⑥ 제1항의 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제6항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

<예시안내>

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

⑧ 회사는 제7항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑨ 제7항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑪ 제7항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑫ 제7항 내지 제11항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조 (「급여 특정 항구토제」 및 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 항구토제」라 함은 [별표-질병관련56]급여 특정 항구토제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」라 함은 [별표-질병관련57]급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조 (「암 급여 주요통증완화치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 급여 주요통증완화치료」라 함은 피보험자의 진단확정 된 「암」의 통증 완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 「급여 신경차단·파괴술」을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 신경차단·파괴술」이라 함은 [별표-질병관련73] 신경차단·파괴술 분류표에서 정한 신경차단·파괴술 대상 수가코드를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2. 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 마약성 진통제」라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 「연간 30일이상 처방」이라 함은 「급여 마약성 진통제」의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성 진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 「급여 마약성 진통제」를 처방받은 날로 합니다.

약효분류	분류번호
1. 마약	800
2. 알칼로이드 마약(천연)	810
3. 아편알칼로이드계 제제	811
4. 코카알칼로이드계 제제	812
5. 비알칼로이드계 마약	820
6. 합성 마약	821
7. 기타의 비알칼로이드계 마약	829

※ 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에서 정한 마약성 진통제 분류 기준을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 제1항의 수가코드 및 약효분류번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또

는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「암 급여 주요통증완화치료」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「급여 신경차단술」, 「급여 신경파괴술」, 「급여 마약성 진통제」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조 (암 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련 45]암 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 중, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 완료 후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문 재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장해를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제11조 (「말기암환자」, 「호스피스완화의료」 및 「호스피스전문기관」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「말기암환자」라 함은 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"(이하 "연명의료결정법"이라 합니다) 제2조(정의) 제3호에 따라 암으로 인해 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 말기환자(末期患者)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「호스피스완화의료」라 함은 "연명의료결정법" 제2조(정의) 제6호에서 정한 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료목적으로 하는 의료로서, 동법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 「말기암환자」가 제3항에서 정한 「호스피스전문기관」에서 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

<용어풀이>

[가정형 호스피스]
가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

[입원형 호스피스]
보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

③ 이 특별약관에 있어서 「호스피스전문기관」이라 함은 "연명의료결정법" 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

④ 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 「호스피스전문기관」 해당여부는 치료 당시 지정된 기준으로 판단합니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)
제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

4 ~ 5. (생 략)

6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에

대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
가. 암 (생 략)

제28조(호스피스의 신청)
① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.
② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제12조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제13조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제14조 (다빈치로봇 수술 및 전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술의 정의)

① 이 특별약관에 있어서「다빈치로봇 수술」이라 함은「암(특정암 제외)」또는「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술 중 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기(da Vinci®)	QZ986

<용어풀이>

[다빈치로봇 수술]
다빈치로봇 수술이란 암(특정암 제외) 또는 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci) 기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에

고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

② 제1항의 「다빈치로봇 수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「다빈치로봇 수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우「다빈치로봇 수술」을 받은 것으로 봅니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 다빈치로봇 수술」은 제1항에서 정한 「다빈치로봇 수술」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 그 비용 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다.

제15조 (항암양성자방사선치료 및 전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]
수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

② 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 항암양성자방사선치료」는 제1항에서 정한 「항암양성자방사선치료」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 양성자방사선치료료의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 양성자방사선치료료의 전부를 환자 본인이 부담한 경우를 포함합니다. 다만, 양성자방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

제16조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제17조 (특정면역항암제, 특정면역항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]
면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제13조(항암방사선 및 항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 특정면역항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제18조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제19조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제20조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」 및 「유사암Ⅱ」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선, 항암약물치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 이 특별약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제21조 (보험금의 청구)

① 제2조 (보험금의 지급사유) 제1항 내지 제3항의 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료비계산서·영수증, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등).
   가. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제1호 내지 제8호의 경우 : 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET검사결과지, 초음파 소견서, 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을

확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등) 등

나. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제9호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 특정 생검조직병리검사 소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.

다. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제10호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 병리검사결과지. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

라. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제1호 내지 제2호의 경우 : 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」, 「급여 특정 항구토제」 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등

마. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제3호의 경우

(ㄱ) 「급여 신경차단술」 또는 「급여 신경파괴술」을 받은 경우 : 진료확인서(통증의 원인 필수기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI) 필수기재), 진료기록부 등

(ㄴ) 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우

(1) 암 급여 주요 통증완화치료비 확인서(회사양식) : 진단명, 투약한 약제의 제품명 및 약효 분류번호, 최초 처방(투약)일 및 총 투약일수, 통증의 원인 및 투약목적 내용이 포함되어있어야 합니다.

(2) 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

바. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제4호의 경우 : 진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

사. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제5호의 경우 : 말기암환자임을 나타내는 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부 내역서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제2조 (보험금의 지급사유) 제4항의 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

가. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제4호 내지 제5호의 경우: 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술증명서, 진료비계산서, 진료기록부 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)포함

나. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제6호의 경우 : 항암방사선치료기록지, 진료비세부내역서 포함

3. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제8호의 경우: 특정면역항암약물허가치료 증명서

가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

(ㄱ) 진단명

(ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㅁ). 급여 적용 여부

(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 제5조(암 통합치료의 정의) 제5항의 제7호의 경우: 표적항암약물허가치료 증명서

가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)

(ㄱ) 진단명

(ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부

(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심

의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

(ㄷ). 급여 적용 여부

(ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

5. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

6. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

③ 제1항 제2호 및 제2항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제22조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 각 호에 해당하는 특별약관 혹은 세부보장을 무효로 하며 해당 특별약관 및 세부보장에 대해 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 무효가 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 합니다.

2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

3. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제7항 내지 제8항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(검사) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 케어플러스 암 통합치료비(실속형)(종합병원 통합치료비,연간5천만원한도)세부보장을 무효로 합니다. 다만, 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 암(특정암 제외), 특정암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제7항 내지 제8항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 무효대상 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 무효대상 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제23조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제24조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제7항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

26-1-115. 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「케어플러스 암 통합치료비(선택형)(검사)(1년50%)」, 「케어플러스 암 통합치료비(선택형)(회복치료,급여)(1년50%)」 및 「케어플러스 암 통합치료비(선택형)(호스피스,말기암)(1년50%)」의 총 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제5항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(검사)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(선택형)(검사)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제5항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(회복치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(회복치료,급여)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(선택형)(회복치료,급여)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 제5항에서 정한 암 통합치료보장개시일(책임개시일) 이후에 「통합치료항목별 대상질병」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「암 통합치료(호스피스)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(호스피스,말기암)(1년50%)(이하 「케어플러스 암 통합치료비(선택형)(호스피스,말기암)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 통합치료(검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	연간 1회한	15만원	30만원
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	10만원	20만원
	특정NGS유전자패널검사	연간 1회한	50만원	100만원
암 통합치료(회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	연간 1회한	100만원	200만원
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)	연간 1회한	25만원	50만원

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	1일 1회 연간 20회한	1만원	2만원
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	최초 1회한	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 50%	보험증권에 기재된 해당 세부보장 가입금액의 100%

④ 제1항 내지 제3항의 「통합치료항목별 대상질병」이란 아래의 질병을 말합니다.

구분	치료행위	대상질병
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례대상 검사)	암(유사암Ⅱ 포함)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사 (산정특례대상 검사)	
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)	

구분	치료행위	대상질병
	특정NGS유전자패널검사	질병
암 통합치료 (회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)	
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함)

⑤ 제1항 내지 제3항의 경우 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암 통합치료」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑥ 제1항 내지 제3항에서「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

⑦ 제1항의 「암 통합치료(검사)」에 대한 보험금 지급기준일은 제6조(암 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「자기공명영상(MRI) 검사」,「양전자방출단층촬영(PET) 검사」,「전산화단층촬영(CT) 검사」, 「특정 생검조직병리검사(급여) 」,「초음파 검사」및 「특정NGS유전자패널검사」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

⑧ 제2항의 「암 통합치료(회복치료)」 중 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제10조(암 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 「암 특정재활치료(급여)」를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유)의 「암 통합치료(검사)」, 「암 통합치료(회복치료)」 및 「암 통합치료(호스피스)」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (암, 기타피부암, 갑상선암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표참조)을 말합니다. 다만, 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

③ 이 특별약관에서 「유사암Ⅱ」라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2] 제자리신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표참조)을 말합니다.

⑧ 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑨ 제8항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」, 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 통합치료」라 함은 「암 통합치료(검사)」, 「암 통합치료(회복치료)」 및 「암 통합치료(호스피스)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「암 통합치료(검사)」라 함은 피보험자의「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 그 「통합치료항목별 대상질병」의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 「암 통합치료(검사)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다. 단, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

구분	치료행위
암 통합치료 (검사)	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 양전자방출단층촬영(PET) 검사 (산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례대상 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)
	암(유사암Ⅱ 포함) 특정 생검조직병리검사(급여)
	특정NGS유전자패널검사

1. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
2. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「MRI 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
3. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
4. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「양전자방출단층촬영(PET) 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
5. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
6. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「CT 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
7. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례대상 검사)」를 받은 경우
8. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「초음파 검사(산정특례비대상(비급여 포함) 검사)」를 받은 경우
9. 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 진단확정 후 그 「암(유사암Ⅱ 포함)」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「특정 생검조직병리검사(급여)」를 받은 경우
10. 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 「특정NGS유전자패널검사 」를 받은 경우

<용어풀이>

[자기공명영상(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)]
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법

[전산화단층촬영(CT)]
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

[초음파검사(Ultrasonography)]
인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법

③ 이 특별약관에서 「암 통합치료(회복치료)」또는 「암 통합치료(호스피스)」라 함은 피보험자의「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 후 「암 통합치료(회복치료)」 또는 「암 통합치료(호스피스)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
암 통합치료	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 항구토제 치료(급여)

(회복치료)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제치료비(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요 통증완화치료(급여)
	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 특정재활치료(급여)
암 통합치료 (호스피스)	암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 호스피스완화의료 치료

1. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 항구토제」를 투약처방 받은 경우
2. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 치료로 인하여 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」를 투약처방 받은 경우
3. 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외)」으로 인한 통증완화를 목적으로 「암 급여 주요 통증완화치료」를 받은 경우
4. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 그 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 입원 중에 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우. 단, 「입원 암 특정재활치료(급여)」와 「통원 암 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도에 한하여 받은 경우에 한함.
5. 「암(기타피부암 및 갑상선암 포함)」으로 진단확정되고 「말기암환자」를 대상으로 하는 「호스피스완화의료」치료를 목적으로 「호스피스전문기관」으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우

④ 제2항에도 불구하고 「통합치료항목별 대상질병」의 진단확정 이전 검사라 하더라도 그 검사 결과 「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정된 경우에는 「암 통합치료(검사)」로 봅니다.

제6조 (암 통합치료(검사)의 정의)

① 이 특별약관에서 「MRI 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 MRI 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「CT 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 CT 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「양전자방출단층촬영(PET) 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 양전자방출단층촬영(PET)를 하는 의료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「초음파 검사」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 위한 필요소견을 토대로 초음파 검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「특정 생검조직병리검사(급여)」라 함은 질병의 치료 또는 진행여부를 확인하기 위한 필요소견을 토대로 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)의 관리하에 [별표-질병관련72]특정 생검조직병리검사(급여) 분류표에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널 검사」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 특정NGS유전자패널검사를 하는 의료행위를 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「특정NGS유전자패널검사」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

대상치료	수가코드
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ	CB003
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅱ	CB004
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅰ	CB005
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-혈액암-Level Ⅱ	CB006
차세대염기서열분석기반유전자 패널검사-비유전성유전자검사-고형암-Level Ⅰ- 비소세포성 폐암에서 23종 유전자 정성검사의 경우	CB007

<용어풀이>

[차세대염기서열분석(NGS, Next Generation Sequencing)기반 유전자패널검사]
기존단일유전자 검사(Sanger sequencing)와 달리 한번에 수십에서 수백개의 유전자를 하나의 패널로 구성하여 유전자 분석을 하는 검사

⑧ 제6항의 「특정NGS유전자패널검사」는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」고시 제5조(선별급여 실시기관의 승인 및 관리) 및 별표3(실시조건)에 근거한 「차세대염기서열분석(NGS)기반 유전자패널검사 실시 승인 기관」으로 지정된 기관에서 실시된 경우에 한합니다.

⑨ 제5항의 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 제6항의 「 특정NGS유전자패널검사」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점

수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「 특정NGS유전자패널검사」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「특정NGS유전자패널검사」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑪ 「특정 생검조직병리검사(급여)」 및 「특정NGS유전자패널검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우 및 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)인 경우를 말합니다.

제7조 (「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」, 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」라 함은 피보험자가 암(유사암Ⅱ 포함)으로 인해 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례대상)에 정한 산정특례대상에 해당되어 건강보험 산정특례에 등록되어 있으며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하고, 본인일부부담금 산정특례가 적용되어 피보험자가 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담한 검사를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생하였으나, 제1항에 따른 본인일부부담금 산정특례가 적용되지 않은 검사 및 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상))에 해당하는 검사를 말합니다.

③ 피보험자가 건강보험 산정특례 등록 이전에 이미 의료기관에 검사비용을 부담하여, 회사가 해당 검사비용에 대한 산정특례대상 여부를 확인할 수 없는 경우에는 해당 검사비용을 기준으로 제1항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사 및 제2항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」을 판단하지 않으며, 건강보험 산정특례 등록 이후의 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 기준으로 판단합니다.

④ 제3항에도 불구하고 회사가 법령에 따른 감면 후 실제 본인 부담금액을 확인할 수 없는 경우에는 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」 이내에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 검사는 제1항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례대상 검사」로 보고, 그렇지 않은 경우에는 제2항에 따른 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례비대상(비급여 포함) 검사」로 보아 암(유사암Ⅱ 포함) MRI·PET·CT·초음파 검사비를 지급합니다.

⑤ 제4항의 「암(유사암Ⅱ 포함) 산정특례 시작일부터 종료일」은 제13조(보험금의 청구) 제1항 제2호의 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본 또는 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류에 기재된 사항을 따릅니다.

⑥ 제1항의 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례 기준」이 국민건강보험법 및 관련법령(이하 법령이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 폐지 또는 변경되어 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제6항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우

<예시안내>

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 관한 제도의 변경으로 산정특례대상의 구분이 세분화하거나, 통폐합하는 경우 등

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

⑧ 회사는 제7항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.

⑨ 제7항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전

일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.

⑩ 제8항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.

⑪ 제7항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 및 미경과보험료 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.

⑫ 제7항 내지 제11항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제8조 (「급여 특정 항구토제」 및 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」의 정의)

① 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 항구토제」라 함은 [별표-질병관련56]급여 특정 항구토제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」라 함은 [별표-질병관련57]급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표에 해당하는 약제를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」, 「요양급여의 적용기준 및방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제9조 (「암 급여 주요통증완화치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 급여 주요통증완화치료」라 함은 피보험자의 진단확정 된 「암」의 통증 완화를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 「급여 신경차단·파괴술」을 받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 신경차단·파괴술」이라 함은 [별표-질병관련73] 신경차단·파괴술 분류표에서 정한 신경차단·파괴술 대상 수가코드를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2. 「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우
   : 이 특별약관에 있어서 「급여 마약성 진통제」라 함은 아래의 약효분류번호에 해당하는 약제를 말하며 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 「연간 30일이상 처방」이라 함은 「급여 마약성 진통제」의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성 진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 「급여 마약성 진통제」를 처방받은 날로 합니다.

약효분류	분류번호
1. 마약	800
2. 알칼로이드 마약(천연)	810
3. 아편알칼로이드계 제제	811
4. 코카알칼로이드계 제제	812
5. 비알칼로이드계 마약	820
6. 합성 마약	821
7. 기타의 비알칼로이드계 마약	829

※ 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에서 정한 마약성 진통제 분류 기준을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」의 개정에 따라 제1항의 수가코드 및 약효분류번호가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「암 급여 주요통증완화치료」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 「급여 신경차단술」, 「급여 신경파괴술」, 「급여 마약성 진통제」 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제10조 (암 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련 45]암 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 중, 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료 완료 후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문 재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장해를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제11조 (「말기암환자」, 「호스피스완화의료」 및 「호스피스전문기관」 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에 있어서 「말기암환자」라 함은 "호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률"(이하 "연명의료결정법"이라 합니다) 제2조(정의) 제3호에 따라 암으로 인해 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 말기환자(末期患者)를 말합니다.

② 이 특별약관에 있어서 「호스피스완화의료」라 함은"연명의료결정법"제2조(정의) 제6호에서 정한 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료목적으로 하는 의료로서, 동법 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당「말기암환자」가 제3항에서 정한「호스피스전문기관」에서 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

<용어풀이>

[가정형 호스피스]
가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

[입원형 호스피스]
보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것

③ 이 특별약관에 있어서 「호스피스전문기관」이라 함은"연명의료결정법"제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.

④ 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 「호스피스전문기관」 해당여부는 치료 당시 지정된 기준으로 판단합니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)
이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4 ~ 5. (생 략)
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
가. 암 (생 략)
제28조(호스피스의 신청)
① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.
② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다.
③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다.
④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제12조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>
[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제13조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료비계산서·영수증, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등).
가. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제1호 내지 제8호의 경우 : 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET검사결과지, 초음파 소견서, 건강보험(암) 산정특례 등록 신청서 사본, 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등) 등
나. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제9호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재) , 특정 생검조직병리검사 소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
다. 제5조(암 통합치료의 정의) 제2항의 제10호의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 병리검사결과지. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다
라. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제1호 내지 제2호의 경우 :「급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제」,「급여 특정 항구토제」처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등
마. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제3호의 경우
(ㄱ)「급여 신경차단술」 또는 「급여 신경파괴술」을 받은 경우 : 진료확인서(통증의 원인 필수기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI) 필수기재), 진료기록부 등
(ㄴ)「급여 마약성 진통제」를 연간 30일이상 처방받은 경우
(1) 암 급여 주요 통증완화치료비 확인서(회사양식) : 진단명, 투약한 약제의 제품명 및 약효 분류번호, 최초 처방(투약)일 및 총 투약일수, 통증의 원인 및 투약목적 내용이 포함되어있어야 합니다.
(2) 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
바. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제4호의 경우 : 진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)"

필수기재). 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다

사. 제5조(암 통합치료의 정의) 제3항의 제5호의 경우 : 말기암환자임을 나타내는 의사소견서, 호스피스 이용 동의서, 진료비세부 내역서 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제14조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 각 호에 해당하는 특별약관 혹은 세부보장을 무효로 하며 해당 특별약관 및 세부보장에 대해 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 무효가 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당되는 경우 이 특별약관은 무효로 합니다.

2. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

3. 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제6항 내지 제7항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 케어플러스 암 통합치료비(선택형)(검사) 세부보장을 무효로 합니다. 다만, 제16조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 유사암Ⅱ, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제6항 내지 제7항에서 정한 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 되는 경우 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 무효대상 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 무효대상 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제15조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제16조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제5항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 암 통합치료 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

27.[갱신형] 무배당 항암 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

27-1. 질병 관련 특별약관

27-1-2. [갱신형] 항암방사선·약물 치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))(1년50%)」 및 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))(1년50%)(이하 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외))」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)(1년50%)(이하 「항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
기타피부암 또는 갑상선암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	해당 세부보장 보험가입금액의 50%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 제2항의 경우 「기타 피부암」및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제7조(특별약관의 소멸) 제1항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가

승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)) 또는 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 항암방사선·약물치료비Ⅲ(암(기타피부암 및 갑상선암 제외)), 항암방사선·약물치료비Ⅲ(기타피부암 및 갑상선암)를 각 1회씩 총 2회 지급한 때에는 최종 치료비에 대한 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제3항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제9조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-4. [갱신형] 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

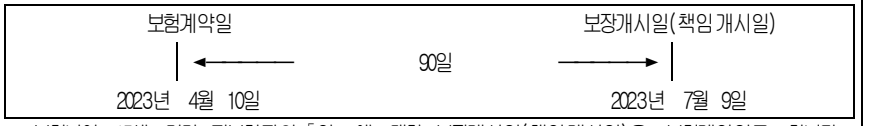
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 계속받는 항암방사선·약물치료비(연간1회한)(1년50%)(이하 「계속받는 항암방사선·약물치료비(연간1회한)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 20%
갑상선암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

⑤ 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-7. [갱신형] 표적항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 표적항암약물허가 치료비(1년50%)(이하 「표적항암약물허가 치료비」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
표적항암약물허가치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



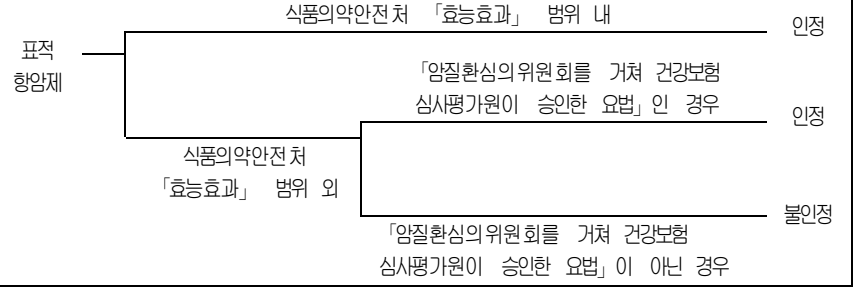
※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.
※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가 치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「표적항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

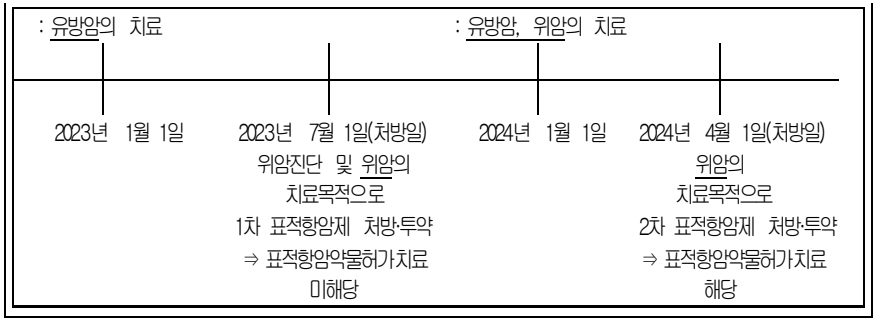
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

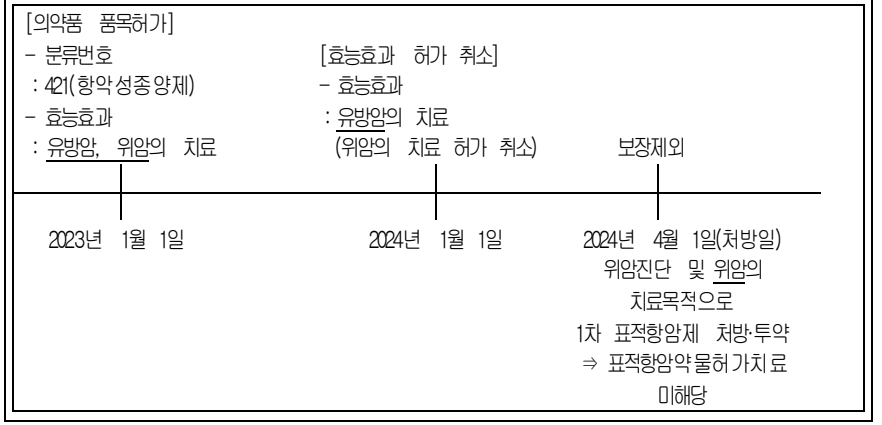
1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]

[의약품 품목허가]
- 분류번호
: 421(항악성종양제)
- 효능효과 보장제외

[효능효과 추가 허가]
- 효능효과 보장



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

[세포독성 항암제]

주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]

암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
  : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」확인
  : 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
   (ㄱ) 진단명
   (ㄴ) 투약한 약제의 제품명

(ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
(ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-8. [갱신형] 항암 양성자방사선 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

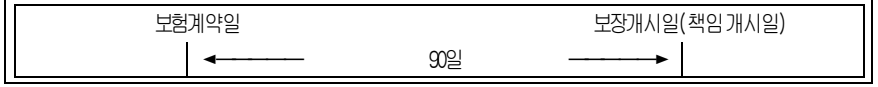
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암양성자방사선치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 양성자방사선 치료비(1년50%)(이하 「항암 양성자방사선 치료비」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 항암양성자방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



2023년 4월 10일	2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암양성자방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암양성자방사선치료」라 함은 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

<용어풀이>

[양성자방사선치료]

수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료를 말합니다. 광자나 전자와 달리 양성자는 신체 표면에서는 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성을 가지고 있으며, 이를 치료에 이용합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암 양성자방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-9. [갱신형] 특정면역항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

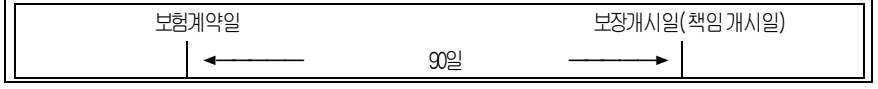
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정면역항암약물허가 치료비(1년50%)(이하 「특정면역항암약물허가 치료비」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 특정면역항암약물허가 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



2023년 4월 10일	2023년 7월 9일

※ 단, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

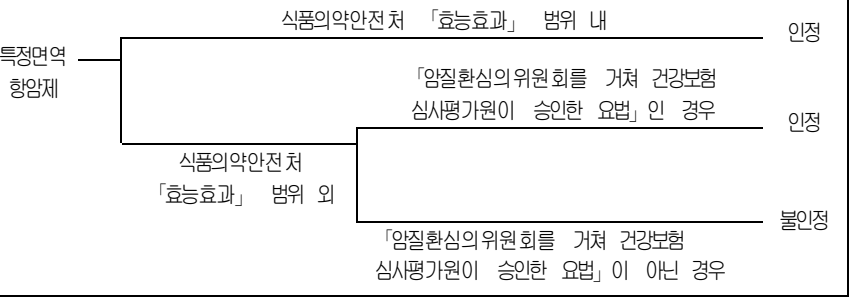
※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가 치료비는 특정면역항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]

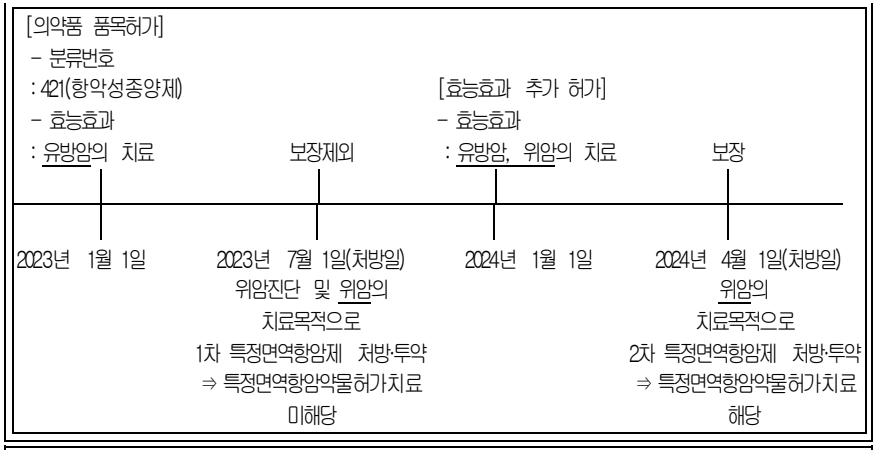


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「특정면역항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

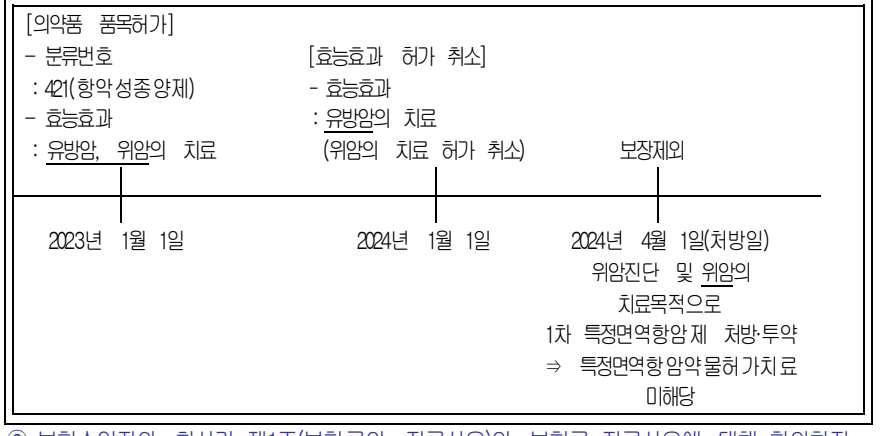
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도

C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]

면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]

항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이

용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효)
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우.
   다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정면역항암약물허가 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-10. [갱신형] 계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)(1년50%)(이하 「계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

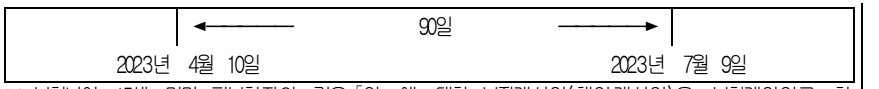
구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일	보장개시일(책임개시일)



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

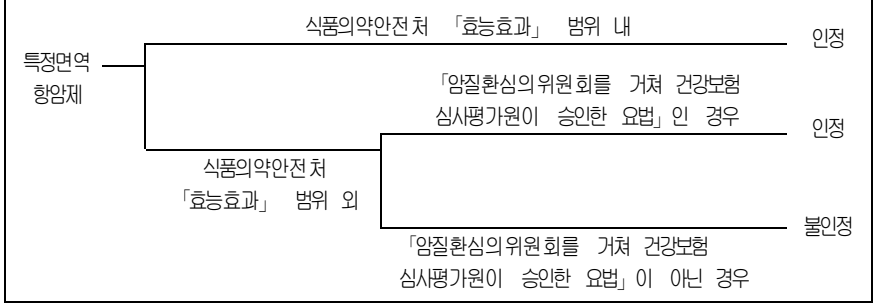
③ 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)는 특정면역항암제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]

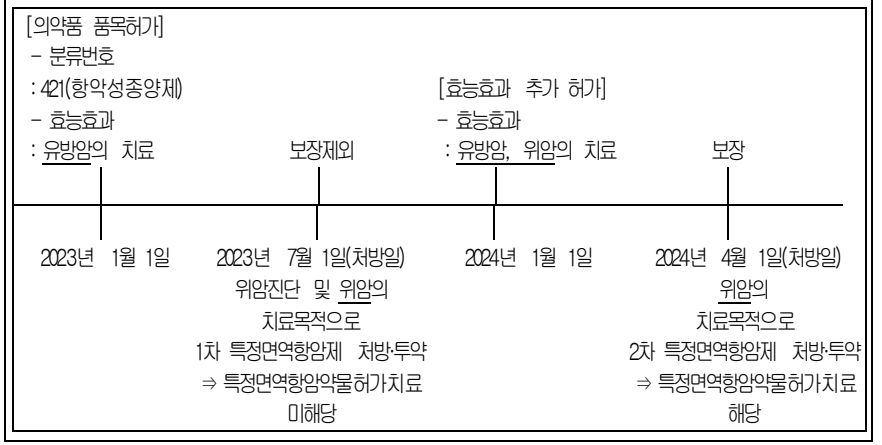


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「특정면역항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

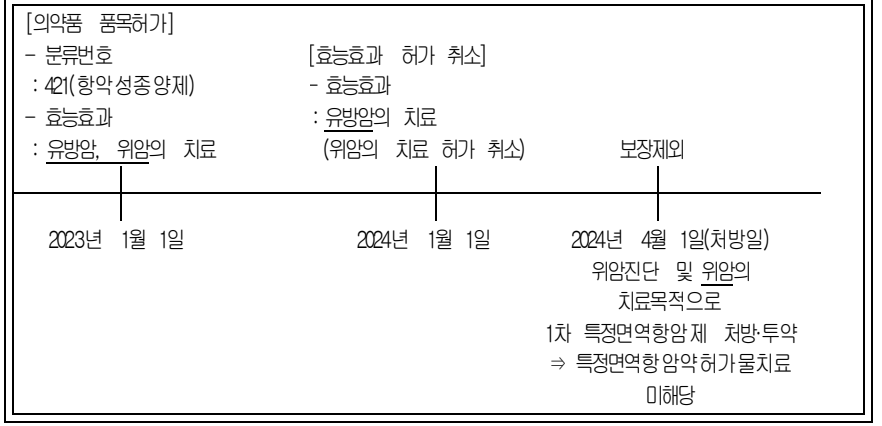
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

<용어풀이>

[면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)]
면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)를 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.
[항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제]
항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제]
카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

<용어풀이>

[특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
특정면역항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련36]특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가

피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서
   가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시 의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-11. [갱신형] 항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

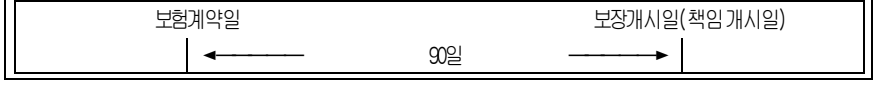
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암세기조절방사선치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 세기조절방사선 치료비(1년50%)(이하 「항암 세기조절방사선 치료비」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 항암세기조절방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



2023년 4월 10일	2023년 7월 9일

※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조 (보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암세기조절방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암세기조절방사선치료」라 함은 방사선종양학과 등 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선 치료법」을 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

② 제1항의 「세기조절방사선 치료법」에는 방사선의 세기조절이 없는 치료는 포함하지 않으며, 방사선의 세기조절을 하더라도 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

<용어풀이>

[세기조절방사선치료]

방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

[입자방사선치료]

전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그 피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자방사선 치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

제5조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암 세기조절방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-14. [갱신형] 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단후 10년, 연간1회한)(1년50%)」,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원」및「기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

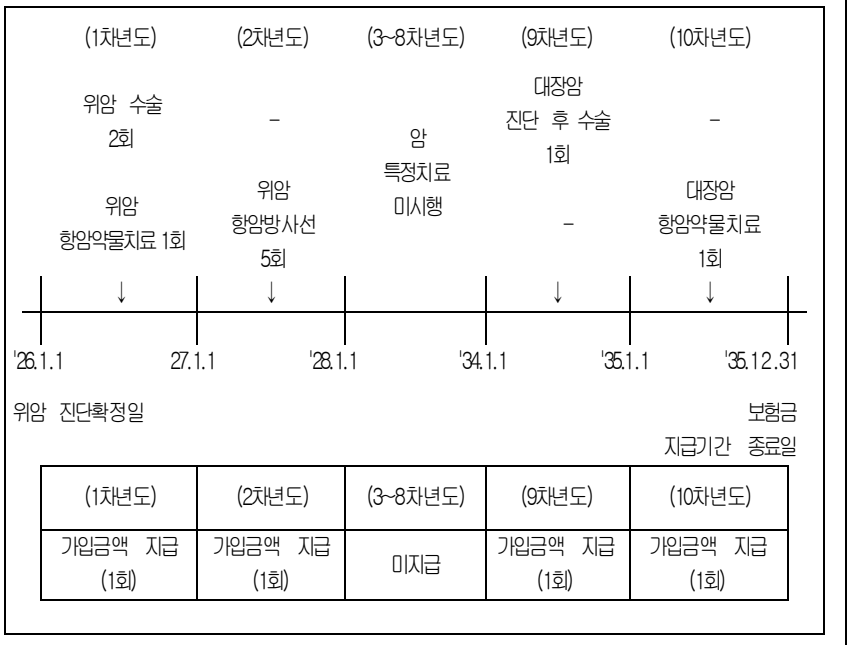
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정되고,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에「암」으로「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에 「암」으로 진단확정시	가입후 1년이상에 「암」으로 진단확정시	「암」으로 진단확정시
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

	※「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 적용		

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

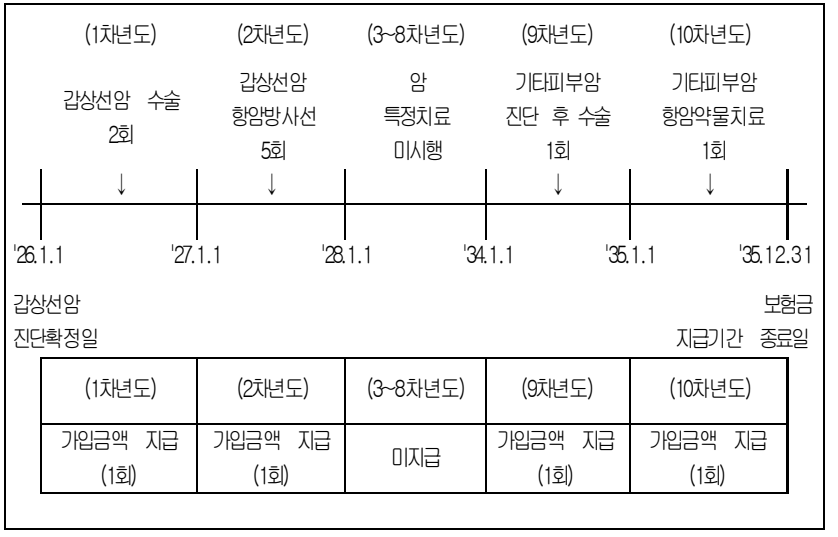
② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에「기타피부암」또는「갑상선암」으로「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(이하「기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약	갱신계약

	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정시	가입후 1년이상에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정시	「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정시
기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」 시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 갑상선암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑥ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이란 「암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」으로 합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이란 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있

습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-개별사항27-6] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제1항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」로 봅니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」라 함은 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각

호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우
3. 제2항 제1호 및 제2호에도 불구하고, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 봅니다.

<관련법규>

[호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률]
(약칭 : 연명의료결정법)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

4 ~ 5. (생 략)

6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암 (생 략)

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제8조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」또는「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3.「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」및「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 특정치료」또는「기타피부암 및 갑상선암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제9조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정된 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

⑤ 피보험자가 제3항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제10조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

① 계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제12조(특별약관의 소멸) 제1항 내지 제3항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

② 제1항의 소멸된 세부보장 또는 제9조(보험료 납입면제) 제1항 및 제2항에서 보험료 납입이 면제된 세부보장을 제외한 나머지 세부보장에 대해서는 보험료를 납입하여야 합니다.

제11조 (특별약관의 무효)

① 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

③ 피보험자가 보험계약일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장 및 제2

조(보험금의 지급사유) 제4항의 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 세부보장을 무효로 하며 이미 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 제14조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 해당 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 해당 세부보장의 보험료를 돌려 드립니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 보험금 또는 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 제1항 내지 제3항에 따라 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 치료비 지원 및 기타피부암 및 갑상선암 치료비 지원 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한 「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제1항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한 「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제14조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제5항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제15조 (특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」으로 진단확정된 경우에는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 갱신되지 않습니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제7항에서 정한「암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 보험금 지급기간」동안 해당 세부보장은 보장합니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 기타피부암 및 갑상선암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한) 세부보장은 갱신되지 않습니다. 다만, 제2조(보험금의 지급사유) 제8항에서 정한「기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간」동안 해당 세부보장은 보장합니다.

27-1-16. [갱신형] 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제 2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%)(이하 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비」이라 합니다.)로 보험수익자에게 지급합니다.

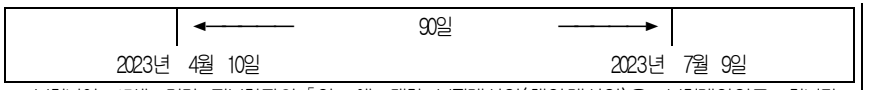
구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제 1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]

보험계약일	보장개시일(책임개시일)



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

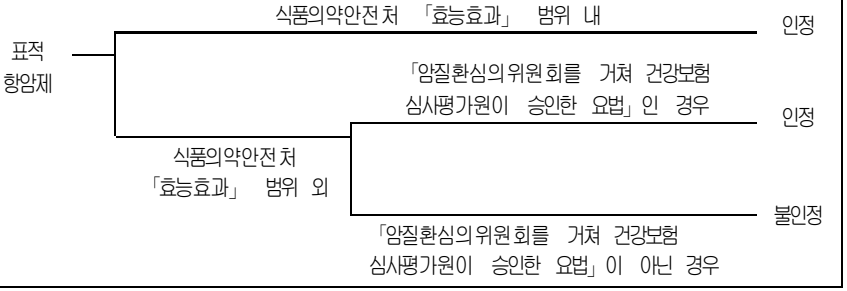
※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

<용어풀이>

[표적항암제의 안전성 및 유효성 인정 범위]

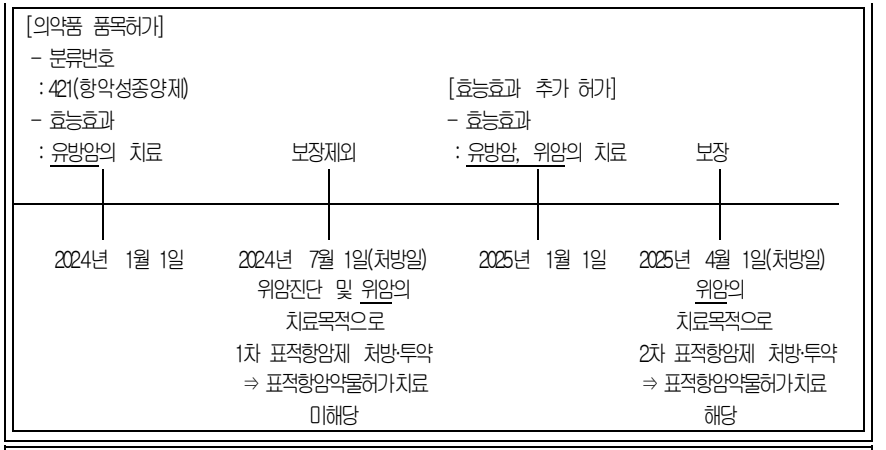


② 제1조(보험금의 지급사유)의 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」 또는 「비급여 표적항암약물허가치료」를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

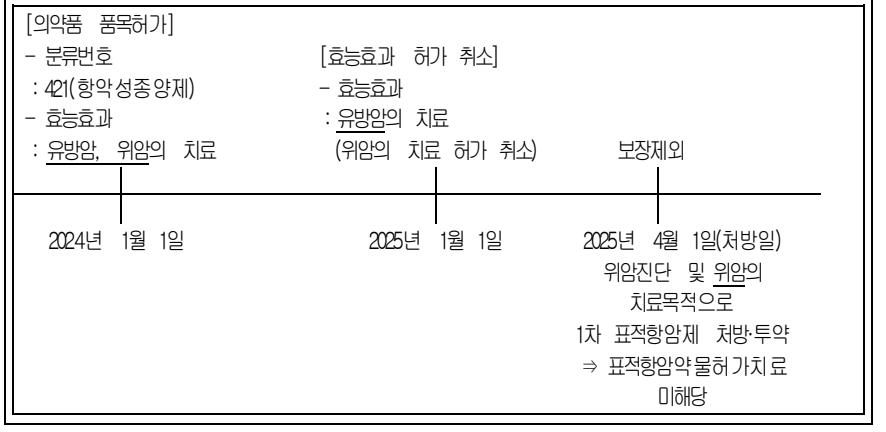
<예시안내>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가 또는 삭제)]

1. 의약품의 '효능효과' 추가 허가]



2. 의약품의 '효능효과' 허가 취소



③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도

C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (표적항암제, 표적항암약물허가치료 및 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 '421(항악성종양제)' (예규 개정에따라 분류번호가 변경되는 경우 '항악성종양제'에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해 함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]
항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
[세포독성 항암제]
주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성 과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
[생물학적 반응 조절제]
암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

<용어풀이>

[표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내]
표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2019년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 [별표-질병관련23]표적항암제 해당 의약품명 및 성분명에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

<용어풀이>

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]
· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색
· 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(https://www.hira.or.kr) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「전액본인부담 표적항암약물허가치료」라 함은 제2항에서 정한 「표적항암약물허가치료」중, 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「비급여 표적항암약물허가치료」라 함은 제2항에서 정한 「표적항암약물허가치료」중 「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)인 경우을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가치료」는 제1항에서 정한 「표적항암제」 중, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 약가의 일부를 국민건강보험 요양급여항목에서 부담하지 않아, 약가의 전부를 환자 본인이 부담하는 항암제로 치료한 경우를 포함합니다.

제5조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
   가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
      (ㄱ) 진단명
      (ㄴ) 투약한 약제의 제품명
      (ㄷ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
      (ㄹ) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」사용 여부
      (ㅁ). 급여 적용 여부
      (ㅂ). 비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용 근거 및 소견
   나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-18. [갱신형] 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

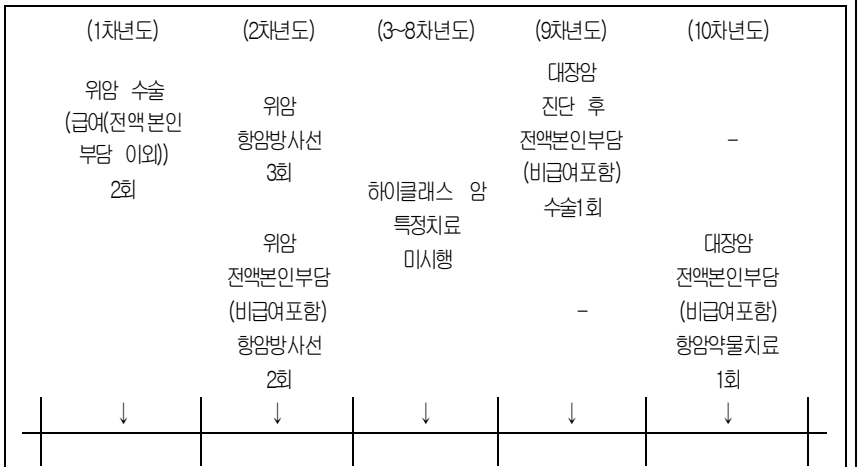
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」 이내에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」 동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일 (책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시	
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 암 특정치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 보험금 지급기간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (하이클래스 암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암 특정치료」라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의 「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[진료비 세부 내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」,「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「하이클래스 암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「하이클래스 암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「하이클래스 암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

④ 피보험자가 제2항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경

과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제13조 (특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」동안 이 특별약관에 따라 보장합니다.

27-1-20. [갱신형] 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

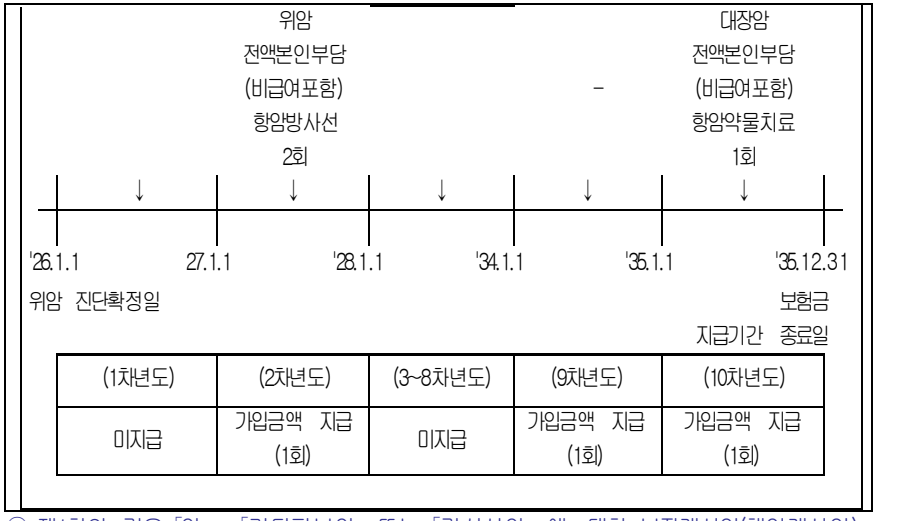
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」 이내에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」 동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시	
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 암 특정치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)

(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
위암 수술(급여(전액본인부담 이외)) 2회	위암 항암방사선 3회	하이클래스 암 특정치료 미시행	대장암 진단 후 전액본인부담(비급여포함) 수술1회	-

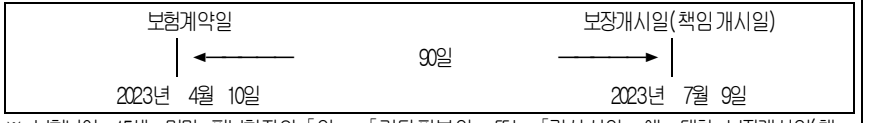


(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
미지급	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「암 보험금 지급기간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을

말합니다. 단, 10차년도에 「하이클래스 암 특정치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단 확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (하이클래스 암 특정치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 암 특정치료」라 함은 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 제거하거나 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 수술」을 받은 경우
2. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」를 받은 경우
3. 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」를 받은 경우

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

④ 제1항 제1호의「전액본인부담(비급여포함) 수술」은 수술로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 처치 및 수술료 중 직접적으로 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술에 사용한 비용이 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 제2호의「전액본인부담(비급여포함) 항암방사선치료」는 항암방사선치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 방사선치료료가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 방사선치료료에는 방사선 모의치료 및 치료계획 등 직접적인 치료 이외의 부수적인 행위는 제외됩니다.

⑥ 제1항 제3호의「전액본인부담(비급여포함) 항암약물치료」는 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[진료비 세부 내역서]
병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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. 항암방사선치료 및 항암약물치료
8. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (항암방사선 및 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은「하이클래스 암 특정치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3.「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「하이클래스 암 특정치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>
[호르몬 관련 치료제]
호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타「하이클래스 암 특정치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제8조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

④ 피보험자가 제2항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제9조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」

또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제13조 (특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」동안 이 특별약관에 따라 보장합니다.

27-1-22. [갱신형] 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

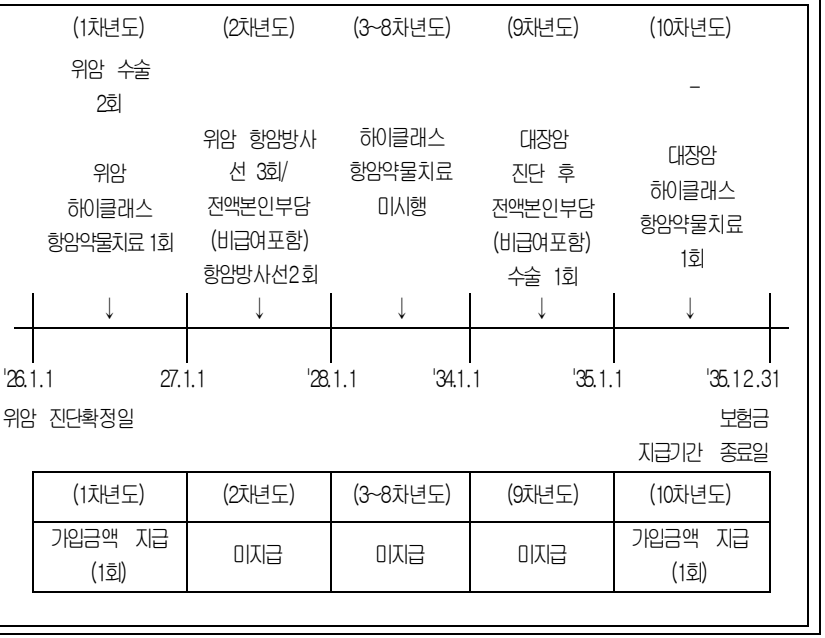
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」 이내에 「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」 동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시	
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 항암약물치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	미지급	미지급	미지급	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부

터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서「암 보험금 지급기간」이란「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단,「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조 (하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 항암약물치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[진료비 세부 내역서]

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「하이클래스 항암약물치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「하이클래스 항암약물치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

④ 피보험자가 제2항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」동안 이 특별약관에 따라 보장합니다.

27-1-24. [갱신형] 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

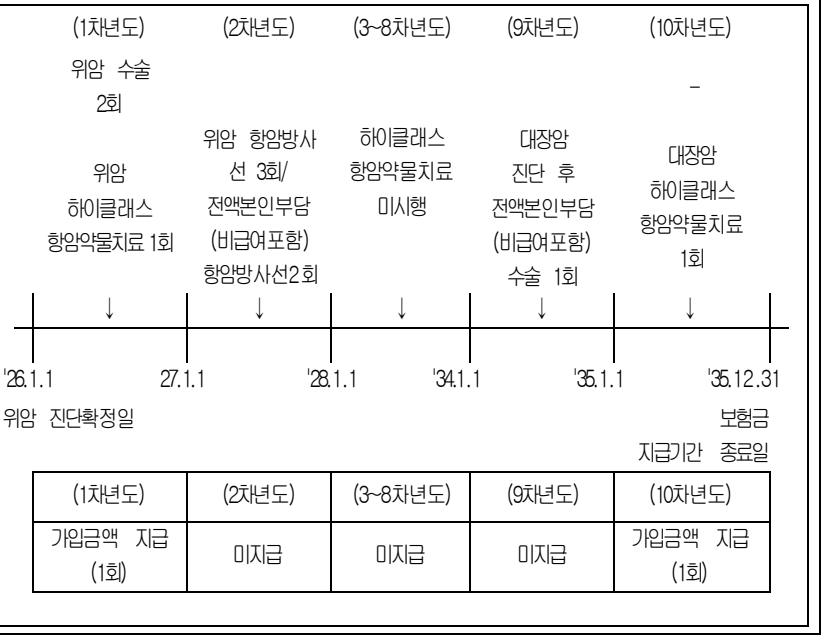
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되고, 「암 보험금 지급기간」 이내에 「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 「암 보험금 지급기간」 동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한) (1년50%)(기가입자용)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만 진단확정시	가입후 1년이상 진단확정시	
암, 기타피부암 또는 갑상선암 진단 후 「하이클래스 항암약물치료」시	이 특별약관 보험가입금액의 50% ※「암 보험금 지급기간」 동안 적용	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 위암 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 10월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	미지급	미지급	미지급	가입금액 지급 (1회)

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 최초 진단확정일로부

터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암 진단 해당일(암 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 암 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 암 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서「암 보험금 지급기간」이란「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에「하이클래스 항암약물치료」를 받은 경우에는 암 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를「암 보험금 지급기간」으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단,「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]
·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조 (하이클래스 항암약물치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「하이클래스 항암약물치료」라 함은 제4조(항암약물치료의 정의)에서 정한 항암약물치료로 인해 발생한 진료비 세부 내역서의 항암제의 약제비가 제2항 및 제3항의 전액본인부담 또는 비급여에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제 및 직접적인 치료 이외의 보조적인 약제는 항암제의 범위에서 제외됩니다.

<용어풀이>

[진료비 세부 내역서]

병원에서 행한 의료행위에 대한 구체적인 내역을 기재한 문서로 진료일자 및 시간, 진료 항목, 의료 서비스 제공자, 의료 비용 및 수수료, 의료서비스 코드 등이 기재된 문서를 말합니다.

② 제1항에서 전액본인부담이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우를 말합니다.

③ 제1항에서 비급여라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)을 말합니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

다음 각 호의 사항은 「하이클래스 항암약물치료」에 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「하이클래스 항암약물치료」로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호르몬 관련 치료제

<용어풀이>

[호르몬 관련 치료제]

호르몬 관련 치료제란, 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.

5. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용
6. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
7. 기타 「하이클래스 항암약물치료」에 해당되지 않는 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료, 영상진단료 등을 말합니다)

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용)에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

④ 피보험자가 제2항에 따라 갱신전 계약이 보험료 납입면제 사유로 보험료 납입면제가 된 경우, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용받지 않으며 갱신계약의 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

제8조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

특별약관에 따라 보장합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이 경과한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에「암」,「기타피부암」 또는「갑상선암」으로 진단확정되고 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제12조 (특별약관의 자동갱신)

① 이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관은 갱신되지 않습니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「암 보험금 지급기간」동안 이

27-1-25. [갱신형] 암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

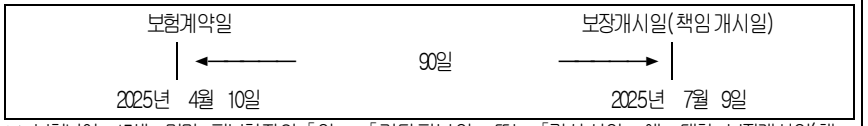
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.

③ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제2항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

·C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

·C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암 치료비 지원III(기가입자용) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

27-1-32. [갱신형] 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

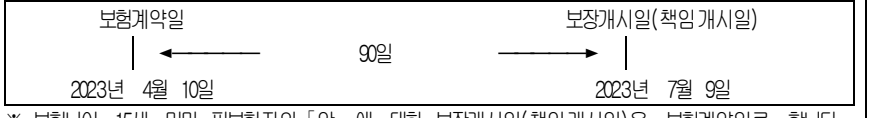
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암중입자방사선치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 중입자방사선 치료비(1년50%)(이하 「항암 중입자방사선 치료비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암,기타피부암 또는 갑상선암으로 항암중입자방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (항암중입자방사선치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「항암중입자방사선치료」라 함은 제2항에서 정한 「항암방사선치료」중, 국내에 허가된 중입자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 「암」, 「기타피부암」또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 전리화된 탄소, 헬륨 등(수소 제외)의 중이온을 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말하며, 「항암양성자방사선치료」는 포함하지 않습니다. 중이온은 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 작은 양의 에너지를 전달하고, 심부에서 많은 양의 에너지를 전달하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

③ 제1항의「항암양성자방사선치료」라 함은 제2항에서 정한「항암방사선치료」중, 국내에 허가된 양성자치료센터 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 피보험자의 「암」, 「기타피부암」또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자핵을 분리하여 얻은 양성자를 가속하여 암 환자의 몸에 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 항암방사선치료를 말합니다.

제5조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암 중입자방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일

로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다

27-1-35. [갱신형] 항암 방사선 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 다음에서 정한 각각의 구분에 따라 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암 방사선 치료비(1년50%)(이하 「항암 방사선 치료비」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

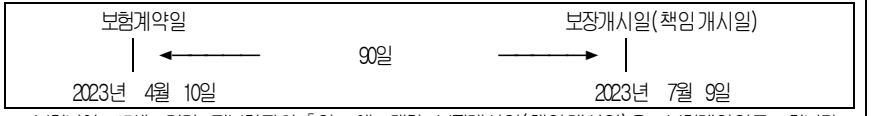
1. 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우
2. 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 치료를 받은 경우

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암으로 항암방사선 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
기타피부암 또는 갑상선암으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 20%	이 특별약관 보험가입금액의 20%

② 제1항의 경우 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

※ 피보험자의 보험나이와 관계없이 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 악성신생물(암)의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 이용하는 치료법을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급한 이후에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하 「악성신생물」이라 합니다)으로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 「기타피부암」, 「갑상선암」 또는 「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」및「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) [단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[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

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우. 다만, 제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 보험금 지급사유의 항암 방사선 치료비를 지급한 때에는 이 특별약관은 소멸되지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으

로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다

28.무배당
특정검사 및 치료 보장
특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

28-1. 질병 관련 특별약관

28-1-2. 혈전용해 치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌경색증(I63)」 또는 「급성심근경색증(I21)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 혈전용해 치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 혈전용해 치료비(1년50%)(이하 「혈전용해 치료비」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌경색증(I63) 또는 급성심근경색증(I21)으로 혈전용해 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌경색증(I63)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌경색증(I63)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌경색증(I63)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 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 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제4조 (급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장 동맥) 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 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제5조 (혈전용해치료의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌경색증(I63)」 및 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 입퇴원확인서, 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 혈전용해 치료비를 2회 모두 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-4. 혈전용해 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌경색증(I63)」 또는 「급성심근경색증(I21)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 혈전용해 치료를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 혈전용해 치료비(연간1회한)(1년50%)(이하 「혈전용해 치료비(연간1회한)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
뇌경색증(I63) 또는 급성심근경색증(I21)으로 혈전용해 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

제3조 (뇌경색증(I63)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌경색증(I63)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I63(뇌경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「뇌경색증(I63)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화 단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 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 뇌경색증(I63)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 뇌경색증(I63)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제4조 (급성심근경색증(I21)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장 동맥) 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 급성심근경색증(I21)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증(I21)으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제1항에도 불구하고 상기 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

④ 제1항에도 불구하고 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

⑤ 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단하며, 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.

제5조 (혈전용해치료의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌경색증(I63)」 및 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 입퇴원확인서, 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-6. 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

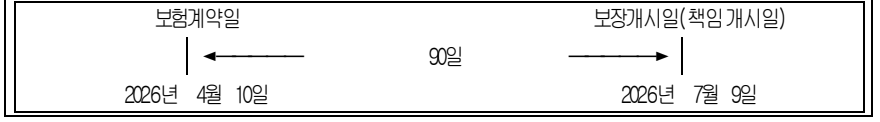
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 입원 중에 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	보장개시일(책임개시일)부터가입후 1년미만	가입후 1년이상
암 특정재활치료비(급여) (1일1회한, 연간20회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)는 연간 발생한 「입원 암 특정재활치료(급여)」와 「통원 암 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도로 지급합니다.

④ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제5조(암 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 암 특정재활치료(급여)를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물

(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「암 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련45]암 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의「암 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료 중,「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료 완료 후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문 재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장해를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의「암 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의「암 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

28-1-8. 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「2대질병」으로 진단이 확정되고, 입원 중에 「2대질병 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 2대질병 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「2대질병 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 2대질병 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%)(이하 「2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
2대질병 특정재활치료비(급여) (1일1회한, 연간90회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 2대질병 특정재활치료비(급여)는 연간 발생한 「입원 2대질병 특정재활치료(급여)」와 「통원 2대질병 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 90회 한도로 지급합니다.

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제5조(2대질병 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 2대질병 특정재활치료(급여)를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

④ 「뇌졸중」의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

⑤ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의사에 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 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 (2대질병 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「2대질병 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련46]2대질병 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의 「2대질병」치료 중, 「2대질병」치료 완료 후 「2대질병」치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-10. 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년50%)」 및 「뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

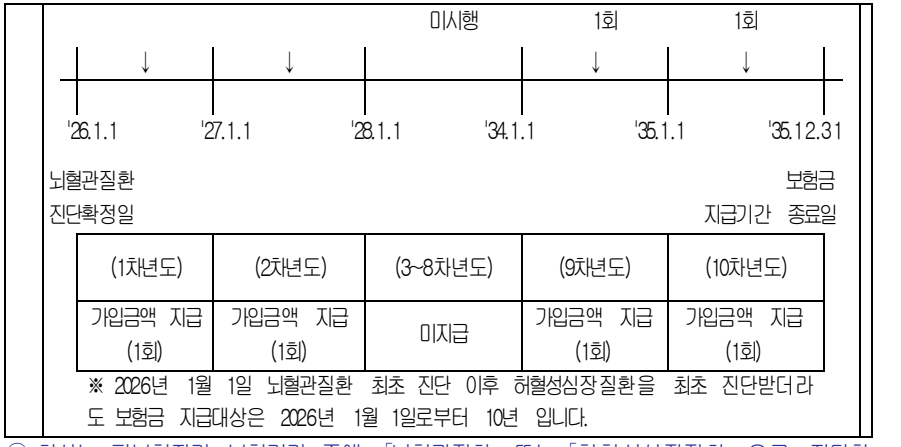
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는 「보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시	가입후 1년이상에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시
「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」 시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「보험금 지급기간」동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 뇌혈관질환 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 1월 1일)

(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
뇌혈관질환 수술 1회	뇌혈관질환 혈전용해치료 1회	뇌혈관·허혈성 심장질환 특정치료	허혈성 심장질환 수술	허혈성심장질환 종합병원 중환자실 치료



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

※ 2026년 1월 1일 뇌혈관질환 최초 진단 이후 허혈성심장질환을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2026년 1월 1일로부터 10년 입니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일(「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「보험금 지급기간」이란 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조 (뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료의 정의)

이 특별약관에서 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」라 함은 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원 중환자실 치료를 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>
[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (종합병원 중환자실 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 의료법 제3조의3(종합병원) 및 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 종합병원 및 상급종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제10조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정된 경우에는 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년 50%) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조 (보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제12조(특별약관의 소멸) 제1항 및 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 경과한 때부터 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 세부보장이 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 및 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미

경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다

제13조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년 50%) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

28-1-12. 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년50%)」및「뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원II」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

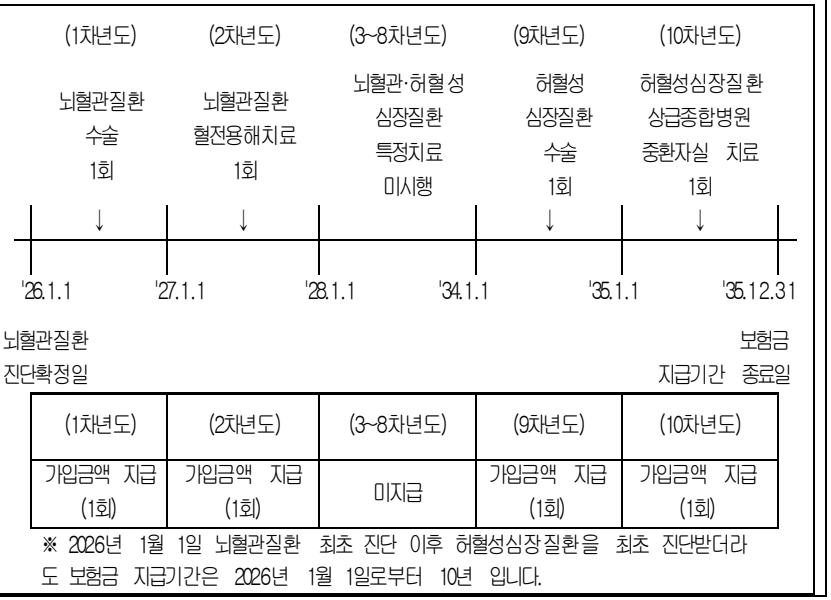
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원에서 「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」으로「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는「보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만에 「뇌혈관질환」또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시	가입후 1년이상에 「뇌혈관질환」또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시
「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「보험금 지급기간」동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 뇌혈관질환 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 1월 1일)

※ 아래의 모든 치료는 상급종합병원에서 받은 경우를 가정함



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

※ 2026년 1월 1일 뇌혈관질환 최초 진단 이후 허혈성심장질환을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2026년 1월 1일로부터 10년 입니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원II 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항에서「연간」이란「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일(「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서「보험금 지급기간」이란「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는 「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를「보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제5조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제6조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제7조 (뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료의 정의)

이 특별약관에서 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」라 함은 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원 중환자실 치료를 받은 경우

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제9조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제10조 (상급종합병원 중환자실 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제11조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정된 경우에는 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조 (보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제12조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제13조(특별약관의 소멸) 제1항 및 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제13조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 경과한 때부터 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)

세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원II 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 세부보장이 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 및 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원II 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다

제14조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

28-1-14. 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은「뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%)」및「뇌졸중 치료비 지원」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

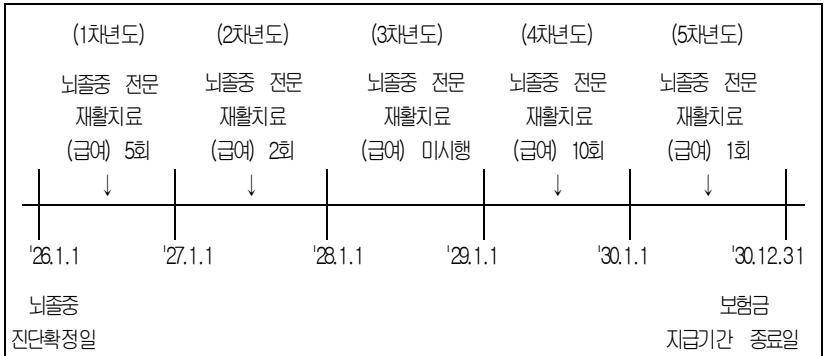
제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에「뇌졸중」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에「뇌졸중」으로「전문재활치료(급여)」를 받은 경우에는「보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만에「뇌졸중」으로 진단확정 시	가입후 1년이상에「뇌졸중」으로 진단확정 시
「전문재활치료(급여)」시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「보험금 지급기간」동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 뇌졸중 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 1월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3차년도)	(4차년도)	(5차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 뇌졸중 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항에서「연간」이란「뇌졸중」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 뇌졸중 진단 해당일(뇌졸중 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 뇌졸중 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 뇌졸중 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서「보험금 지급기간」이란「뇌졸중」최초 진단확정일을 포함하여 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 5차년도에「전문재활치료(급여)」를 받은 경우에는 뇌졸중 최초 진단확정일로부터 5차년도 치료일까지를「보험금 지급기간」으로 합니다.

⑤ 제1항의 보험금 지급사유에서 보험금 지급기준일은 "전문재활치료(급여)"를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조(전문재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「전문재활치료(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원 또는 의원의 재활의학 전문의 또는 전공의(단, 보건복지부 고시 「건강보험 행위 급여·비급여 및 급여 상대가치점수」에서 별도로 인정한 경우 이를 포함합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련55]전문재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「 전문재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 "제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 - 제7장 이학요법료 - 제3절 전문재활치료료(이하 "전문재활치료료"라 합니다)"에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 치료일(행위 시행일)을 기준으로 "전문재활치료료"에 새로운 행위가 추가되는 경우 이를 포함하는 것으로 하며, 폐지되는 경우 이를 포함하지 않는 것으로 합니다. 또한 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조에 따라 보건복지부 장관의 지정을 받은 재활의료기관에 해당하는 경우, "전문재활치료료"에 상응하는 재활의료기관 행위목록을 포함하는 것으로 합니다. 다만, 근막동통유발점 주사자극치료(MM131, MM132) 및 재활사회사업(MM141, MM142, MM143)은 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「전문재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("전문재활치료"행위 목록 또는 코드 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정된 경우에는 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조 (보험료 납입면제)에 따라 보

장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제9조(특별약관의 소멸) 제1항 및 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「보험금 지급기간」이 경과한 때부터 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 뇌졸중 치료비 지원 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 세부보장이 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%) 및 뇌졸중 치료비 지원 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

28-1-16. 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간 1회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간1회한)(1년 50%)」 및 「뇌졸중 치료비 지원」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

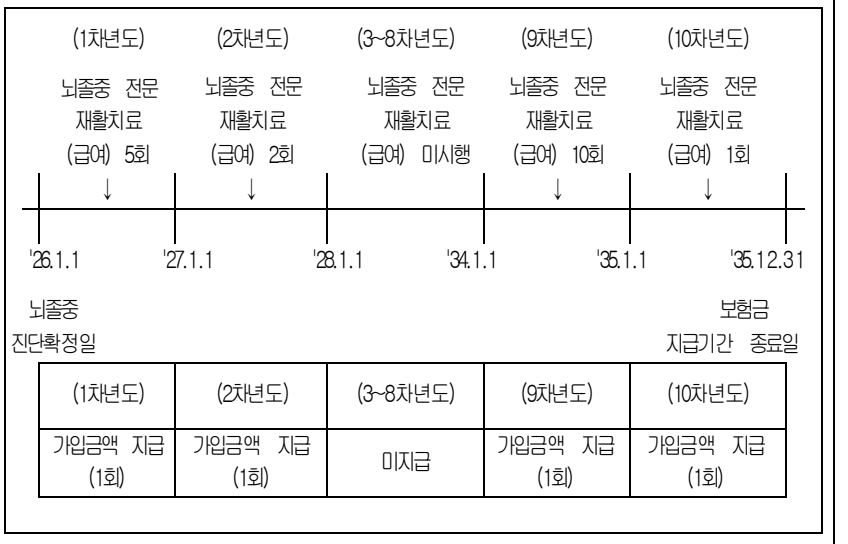
제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 「뇌졸중」으로 「전문재활치료(급여)」를 받은 경우에는 「보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만에 「뇌졸중」으로 진단확정 시	가입후 1년이상에 「뇌졸중」으로 진단확정 시
「전문재활치료(급여)」 시	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「보험금 지급기간」동안 적용	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 뇌졸중 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 1월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 뇌졸중 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「뇌졸중」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 뇌졸중 진단 해당일(뇌졸중 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 뇌졸중 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 뇌졸중 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「보험금 지급기간」이란 「뇌졸중」최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「전문재활치료(급여)」를 받은 경우에는 뇌졸중 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

⑤ 제1항의 보험금 지급사유에서 보험금 지급기준일은 “전문재활치료(급여)”를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지

못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>
[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에「뇌졸중」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조(전문재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「전문재활치료(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 국내의 병원 또는 의원의 재활의학 전문의 또는 전공의(단, 보건복지부 고시 「건강보험 행위 급여·비급여 및 급여 상대가치점수」에서 별도로 인정한 경우 이를 포함합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련55]전문재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「 전문재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 "제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 - 제7장 이학요법료 - 제3절 전문재활치료료(이하 "전문재활치료료"라 합니다)"에서 정한 수가코드 기준을 따르며,「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 치료일(행위 시행일)을 기준으로 "전문재활치료료"에 새로운 행위가 추가되는 경우 이를 포함하는 것으로 하며, 폐지되는 경우 이를 포함하지 않는 것으로 합니다. 또한 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조에 따라 보건복지부 장관의 지정을 받은 재활의료기관에 해당하는 경우, "전문재활치료료"에 상응하는 재활의료기관 행위목록을 포함하는 것으로 합니다. 다만, 근막동통유발점 주사자극치료(MM131, MM132) 및 재활사회사업(MM141, MM142, MM143)은 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「전문재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("전문재활치료"행위 목록 또는 코드 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정된 경우에는 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 일반사항 제5조 (보험료 납입면제)에 따라 보

장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 일반사항 제29조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제8조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제9조(특별약관의 소멸) 제1항 및 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제9조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「보험금 지급기간」이 경과한 때부터 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 뇌졸중 치료비 지원 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 세부보장이 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 및 뇌졸중 치료비 지원 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제10조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

28-1-19. 심장부정맥 고주파·냉각절제술 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 「부정맥」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 「심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)」을 받은 경우에는 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)(연간1회한)(1년50%)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
부정맥으로 심장부정맥 고주파냉각절제술(급여)을 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (부정맥의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「부정맥」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련50]부정맥 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「부정맥」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 「부정맥」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「부정맥」으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 「부정맥」의 진단확정은 [별표-질병관련50]부정맥 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 「부정맥」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련50]부정맥 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조 (「심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)」의 정의)

① 이 특별약관에서「심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)」라 함은 [별표-질병관련51] 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여) 분류표에서 정한 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여) 대상 "수가코드"에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, "심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)"을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.

② 제1항의「심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수기재), 수술 기록지 또는 수술일자 및 수술명이 기재된 진단서, 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우 에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-21. 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비III(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비III(수술,혈전용해,혈전제거)(1년50%)」 및 「종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비III(중환자실)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「뇌졸중 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 뇌졸중 특정치료비III로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
뇌졸중 특정치료III	수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈전용해치료 시	연간 1회한		
	혈전제거술 치료 시	연간 1회한		

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「급성심근경색증 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 급성심근경색증 특정치료비III로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
급성심근경색증 특정치료III	수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈전용해치료 시	연간 1회한		
	혈전제거술 치료 시	연간 1회한		

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 및 제2항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

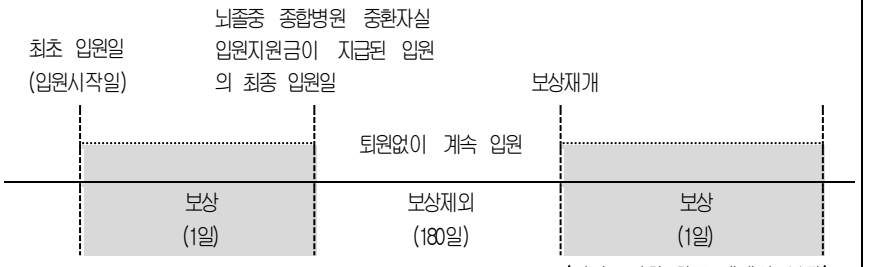
② 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 경우 피보험자가 동일한 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌졸중」에 대한 입원이라도 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 피보험자가 동일한 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「급성심근경색증」에 대한 입원이라도 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '뇌졸중'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에서 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에 따라 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조 (뇌졸중 특정치료Ⅲ 및 급성심근경색증 특정치료 Ⅲ의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중 특정치료Ⅲ」라 함은 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

② 이 특별약관에서 「급성심근경색증 특정치료Ⅲ」라 함은 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-23. 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비 III(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비III(수술,혈전용해,혈전제거)(1년50%)」 및 「종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비III(중환자실)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「뇌혈관질환 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 뇌혈관질환 특정치료비III로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
뇌혈관질환 특정치료III	수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈전용해치료 시	연간 1회한		
	혈전제거술 치료 시	연간 1회한		

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「허혈성심장질환 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 허혈성심장질환 특정치료비III로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
허혈성심장질환 특정치료III	수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈전용해치료 시	연간 1회한		
	혈전제거술 치료 시	연간 1회한		

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「허혈성심장질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입 후 1년 미만	가입 후 1년 이상
허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 및 제2항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

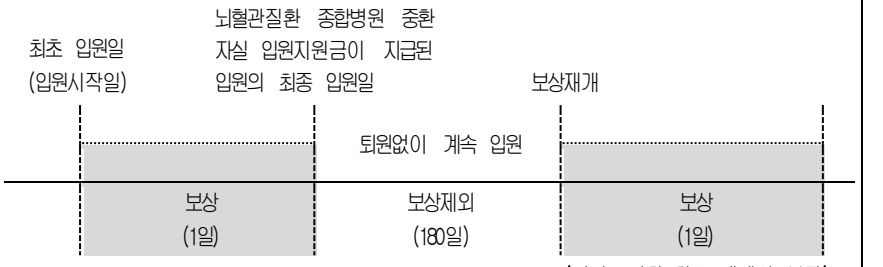
② 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 경우 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 피보험자가 동일한 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심장질환」에 대한 입원이라도 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에서 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에 따라 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제6조 (뇌혈관질환 특정치료Ⅲ 및 허혈성심장질환 특정치료 Ⅲ의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환 특정치료Ⅲ」라 함은 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

② 이 특별약관에서 「허혈성심장질환 특정치료Ⅲ」라 함은 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을

따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-31. 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(수술,혈전용해,혈전제거)(1년50%)」 및 「종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(중환자실)(1년50%)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」으로 진단확정되고, 「종합병원」에서 「특정순환계질환」으로 「특정순환계질환 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년50%)(이하 「 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
특정순환계질환 특정치료III	수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
	혈전용해치료 시	연간 1회한		
	혈전제거술 치료 시	연간 1회한		

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장	이 특별약관 해당 세부보장
	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

③ 제1항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이

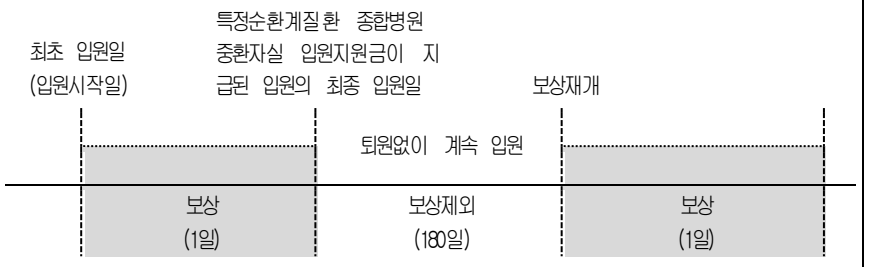
상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 동일한 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「특정순환계질환」에 대한 입원이라도 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「특정순환계질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정순환계질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정순환계질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 이상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특정순환계질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정순환계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사,

혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조 (특정순환계질환 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」라 함은「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「특정순환계질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에서 의사의 관리 하에「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 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.

제7조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-35. 상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)」 및 「상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「상급종합병원」에서 「뇌졸중 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 상급종합병원 뇌졸중 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<뇌졸중 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「상급종합병원」에서 「급성심근경색증 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 상급종합병원 급성심근경색증 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<급성심근경색증 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
뇌졸중 상급종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
급성심근경색증 상급종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 및 제2항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

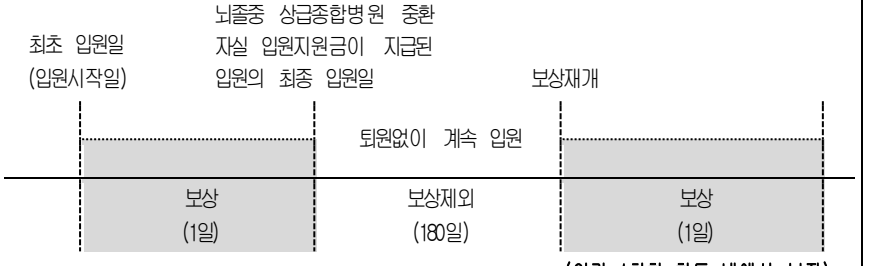
② 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 경우 피보험자가 동일한 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌졸중」에 대한 입원이라도 뇌졸중 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌졸중 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 뇌졸중 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 피보험자가 동일한 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「급성심근경색증」에 대한 입원이라도 급성심근경색증 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 급성심근경색증 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 급성심근경색증 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '뇌졸중'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)

2028. 3.15 - 3.30	상급종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에서 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 뇌졸중 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 급성심근경색증 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에 따라 뇌졸중 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 급성심근경색증 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

②「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제6조 (뇌졸중 특정치료Ⅲ 및 급성심근경색증 특정치료 Ⅲ의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중 특정치료Ⅲ」라 함은「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

② 이 특별약관에서 「급성심근경색증 특정치료Ⅲ」라 함은「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우

3. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사

지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-37. 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)」 및 「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「상급종합병원」에서 「뇌혈관질환 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 상급종합병원 뇌혈관질환 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<뇌혈관질환 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「상급종합병원」에서 「허혈성심장질환 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 상급종합병원 허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<허혈성심장질환 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
뇌혈관질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「허혈성심장질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
허혈성심장질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 및 제2항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회

입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

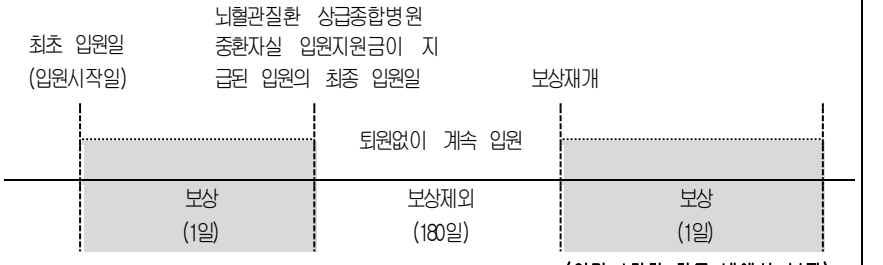
② 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 경우 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 뇌혈관질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 피보험자가 동일한 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심장질환」에 대한 입원이라도 허혈성심장질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심장질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 허혈성심장질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	상급종합병원 중환자실	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족)

	입원(2차)		연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	상급종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에서 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 뇌혈관질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 허혈성심장질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에 따라 뇌혈관질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 허혈성심장질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제6조 (뇌혈관질환 특정치료Ⅲ 및 허혈성심장질환 특정치료 Ⅲ의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환 특정치료Ⅲ」라 함은「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

② 이 특별약관에서 「허혈성심장질환 특정치료Ⅲ」라 함은「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은

경우
2. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」또는 「허혈성심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리하에 뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여

입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-39. 상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)」 및 「상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「상급종합병원」에서 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<특정순환계질환 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「특정순환계질환」 (으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
특정순환계질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

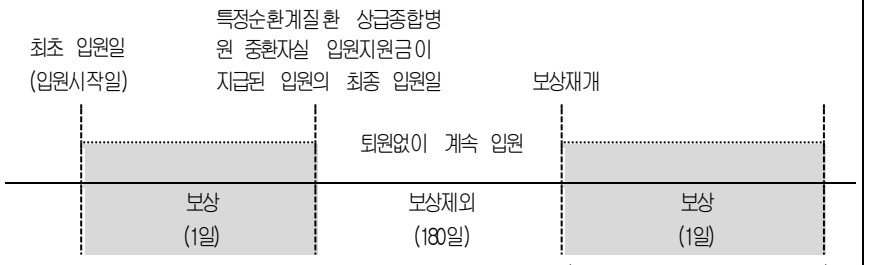
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급기준일은 상급종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 동일한 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「특정순환계질환」에 대한 입원이라도 특정순환계질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 특정순환계질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 특정순환계질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	상급종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	상급종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	상급종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「특정순환계질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정순환계질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정순환계질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특정순환계질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 상급종합병원에서 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 특정순환계질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 특정순환계질환 상급종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정순환계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조 (특정순환계질환 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」라 함은「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「특정순환계질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 상급종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다..

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-40. 종합병원 특정순환계질환 약물치료비(주사제)(급여)(연간1회한)(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「항응고제주사치료(급여)」 또는 「항혈소판제주사치료(급여)」를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 특정순환계질환 약물치료비(주사제)(급여)(연간1회한) 보험수익자에게 지급합니다.

<종합병원 특정순환계질환 약물치료비(주사제)(급여)(연간1회한)>

치료제	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
항응고제주사치료(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 5%	이 특별약관 보험가입금액의 25%	이 특별약관 보험가입금액의 50%
항혈소판제주사치료(급여)	이 특별약관 보험가입금액의 10%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정순환계질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러 검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제5조 (항응고제주사치료(급여) 및 항혈소판제주사치료(급여)의 정의)

① 「항응고제주사치료(급여)」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니

다) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「항응고제주사」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「항응고제주사」라 함은 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호가 “333(혈액응고저지제)”에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

③ 「항혈소판제주사치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「항혈소판제주사」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

④ 제3항에서 「항혈소판제주사」라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code) 분류에 있어 [별표-질병관련61]항혈소판제 분류표에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」목록에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」가 개정되는 경우에는 「항응고제주사치료(급여)」를 받은 당시 시행되고 있는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」를 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「항응고제주사」 또는 「항혈소판제주사」에 준하여 각각의 약물을 결정합니다.

⑦ 제1항 내지 제6항에도 불구하고, 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑧ 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 「혈전용해제」는 제1항의 「항응고제주사치료 (급여)」 또는 제3항의 「항혈소판제주사치료 (급여)」에서 제외됩니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-43. 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년감액)」 및 「뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원III」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

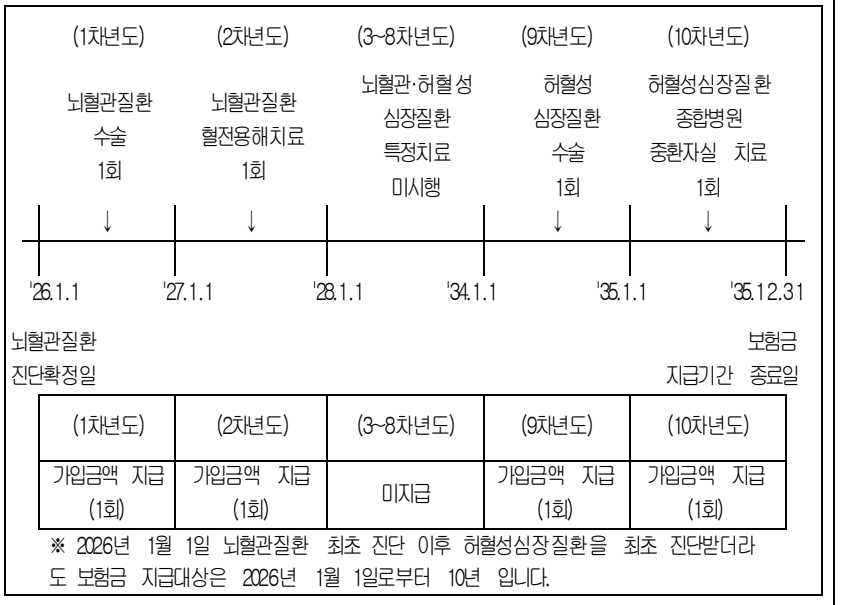
제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는 「보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 180일미만에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시	가입후 1년미만(180일미만 제외) 에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시	가입후 1년이상 에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시
「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」 시	해당 세부보장 보험가입금액의 10% ※「보험금 지급기간」 동안 적용	해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「보험금 지급기간」 동안 적용	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 뇌혈관질환 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 1월 1일)



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)	미지급	가입금액 지급 (1회)	가입금액 지급 (1회)

※ 2026년 1월 1일 뇌혈관질환 최초 진단 이후 허혈성심장질환을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상은 2026년 1월 1일로부터 10년 입니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일(「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「보험금 지급기간」이란 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병 · 사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조 (뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료의 정의)

이 특별약관에서 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」라 함은 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원 중환자실 치료를 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (종합병원 중환자실 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「뇌혈관질환」 또는「허혈성심장질환」으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는「허혈성심장질환」으로 의료법 제3조의3(종합병원) 및 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 종합병원 및 상급종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제10조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는「허혈성심장질환」으로 진단확정된 경우에는 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년감액)」 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제11조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제12조(특별약관의 소멸) 제1항 및 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「보험금 지급기간」이 경과한 때부터 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년감액)」 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 세부보장이 소

멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회 한)(1년감액)」 및 「뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원Ⅲ」 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다

제13조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 특별약관 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 「뇌혈관질환」또는「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한「보험금 지급기간」이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단후10년,연간1회한)(1년감액)」 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

28-1-44. 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외합니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)」 및 「뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원Ⅳ」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

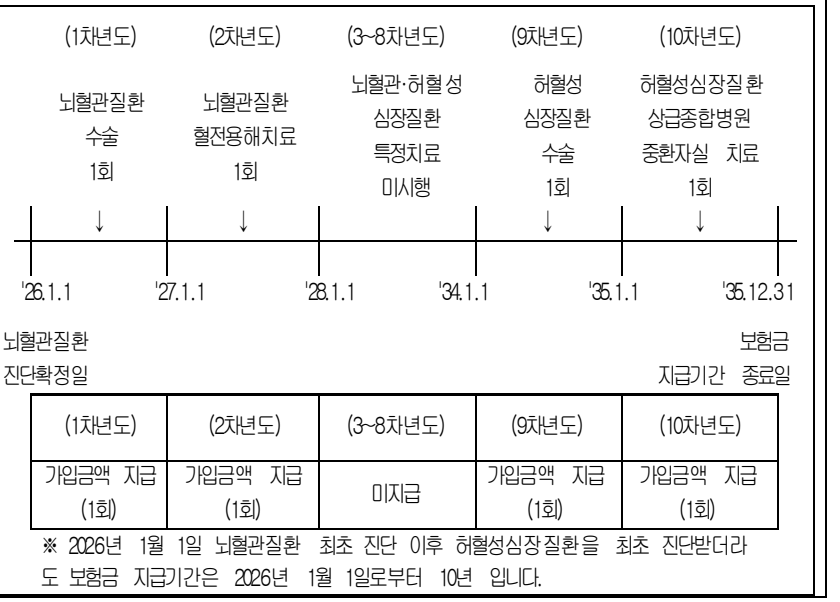
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원에서 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는 「보험금 지급기간」동안 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	가입후 180일미만에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시	가입후 1년미만(180일미만 제외) 에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시	가입후 1년이상 에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정 시
「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」 시	해당 세부보장 보험가입금액의 10% ※「보험금 지급기간」 동안 적용	해당 세부보장 보험가입금액의 50% ※「보험금 지급기간」 동안 적용	해당 세부보장 보험가입금액의 100%

< 예시안내 >

· 뇌혈관질환 최초 진단확정일 : 2026년 1월 1일(해당 특별약관 가입일 2024년 1월 1일)

※ 아래의 모든 치료는 상급종합병원에서 받은 경우를 가정함



(1차년도)	(2차년도)	(3~8차년도)	(9차년도)	(10차년도)
가입금액 지급(1회)	가입금액 지급(1회)	미지급	가입금액 지급(1회)	가입금액 지급(1회)

※ 2026년 1월 1일 뇌혈관질환 최초 진단 이후 허혈성심장질환을 최초 진단받더라도 보험금 지급기간은 2026년 1월 1일로부터 10년 입니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일(「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일이 없는 경우에는 해당 연월의 말일을 뇌혈관·허혈성심장질환 진단 해당일로 합니다.

④ 이 특별약관에서 「보험금 지급기간」이란 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 단, 10차년도에 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」를 받은 경우에는 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」 최초 진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 「보험금 지급기간」으로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험금 지급사유에 따라 보장합니다.

제4조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제5조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제6조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제7조 (뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료의 정의)

이 특별약관에서 「뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료」라 함은 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원 중환자실 치료를 받은 경우

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 상급종합병원에서 의사의 관리 하에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제9조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 상급종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제10조 (상급종합병원 중환자실 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「상급종합병원 중환자실 치료」라 함은 의사에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 상급종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제11조 (보험료 납입면제)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정된 경우에는 「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)」 세부보장에 대한 차회 이후 보험료는 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 피보험자가 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특별약관의 차회 이후 보험료도 납입을 면제하여 드립니다. 단, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우에는 일반사항 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 지연이 있는 경우에는 특별약관 일반사항 제29조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제12조 (보험금 지급 후 보험료 납입)

계약자는 피보험자가 보험기간 중에 제13조(특별약관의 소멸) 제1항 및 제2항에 따라 세부보장이 소멸된 경우에는 소멸된 세부보장에 대한 차회 이후 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제13조 (특별약관의 소멸)

① 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」이 경과한 때부터 「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)」 세부보장은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지

원 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 세부보장이 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해당 세부보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)」 및 「뇌혈관·허혈성심장질환 치료비 지원Ⅳ」 각 세부보장이 소멸되는 경우에는 최종 세부보장이 소멸된 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제14조 (특별약관의 해약환급금)

① 이 특별약관의 해약환급금은 특별약관 일반사항을 따릅니다.

② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에서 정한 「보험금 지급기간」 이내에 해지하는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지당시 「상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년감액)」 세부보장의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

28-1-45. 종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)」 및 「종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌졸중」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「뇌졸중 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 뇌졸중 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<뇌졸중 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「급성심근경색증 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 급성심근경색증 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<급성심근경색증 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌졸중」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「급성심근경색증」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 및 제2항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

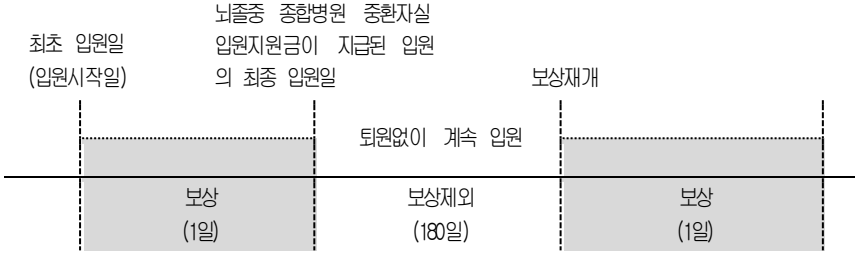
② 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 경우 피보험자가 동일한 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌졸중」에 대한 입원이라도 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 피보험자가 동일한 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「급성심근경색증」에 대한 입원이라도 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '뇌졸중'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)

2028. 3.15 - 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에서 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」 또는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에 따라 뇌졸중 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 급성심근경색증 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (뇌졸중의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제6조 (뇌졸중 특정치료Ⅲ 및 급성심근경색증 특정치료 Ⅲ의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌졸중 특정치료Ⅲ」라 함은「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌졸중」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

② 이 특별약관에서 「급성심근경색증 특정치료Ⅲ」라 함은「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우

3. 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌졸중」또는 「급성심근경색증」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사

지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-47. 종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)」 및 「종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(중환자실)(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「뇌혈관질환 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 뇌혈관질환 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<뇌혈관질환 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「허혈성심장질환 특정치료Ⅲ」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.

<허혈성심장질환 특정치료Ⅲ>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「뇌혈관질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「허혈성심장질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 및 제2항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「뇌혈관질환」또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

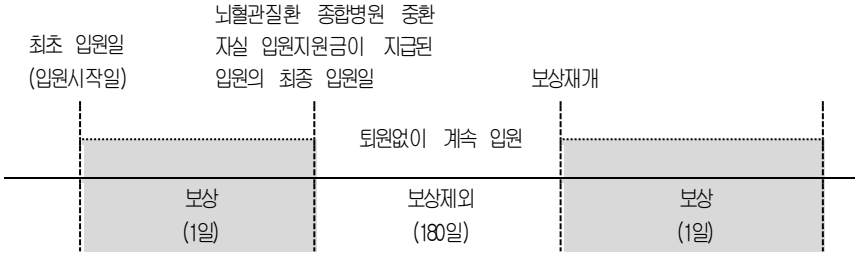
② 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항의 경우 피보험자가 동일한 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「뇌혈관질환」에 대한 입원이라도 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제4항의 경우 피보험자가 동일한 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「허혈성심장질환」에 대한 입원이라도 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '뇌혈관질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)

2028. 3.15 - 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에서 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑥ 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑦ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제3항 및 제4항에 따라 뇌혈관질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한) 또는 허혈성심장질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑨ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 내지 제4항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련8]뇌혈관질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제5조 (허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련9]허혈성심장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

제6조 (뇌혈관질환 특정치료Ⅲ 및 허혈성심장질환 특정치료 Ⅲ의 정의)

① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환 특정치료Ⅲ」라 함은 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

② 이 특별약관에서 「허혈성심장질환 특정치료Ⅲ」라 함은 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우

2. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제9조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제10조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제11조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제12조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-49. 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(수술,혈전용해,혈전제거)(1년감액)」 및 「종합병원 특정순환계질환 특정치료비III(중환자실)(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「특정순환계질환 특정치료III」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 금액을 종합병원 특정순환계질환 특정치료비III로 보험수익자에게 지급합니다.

<특정순환계질환 특정치료III>

치료행위	지급방식	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%
혈전용해치료 시	연간 1회한			
혈전제거술 치료 시	연간 1회한			

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「특정순환계질환」 (으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 제1항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

④ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야

한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

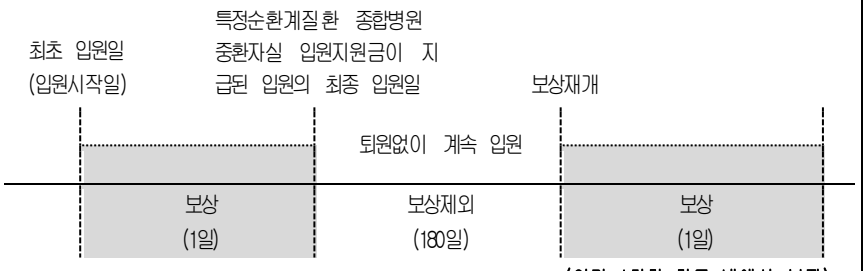
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

② 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

③ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 동일한 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「특정순환계질환」에 대한 입원이라도 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원(3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

④ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 의사에 의해 「특정순환계질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정순환계질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정순환계질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특정순환계질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 특정순환계질환 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)을 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정순환계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조 (특정순환계질환 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」라 함은「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「특정순환계질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관

또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 “혈관으로부터 혈전을 제거하는 것”을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미

· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함

· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-51. 종합병원 특정순환계질환 복합치료 회복지원금(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「종합병원 특정순환계질환 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년감액)」 및 「종합병원 특정순환계질환 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)(1년감액)」의 총 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」를 받아 제3항에서 말하는 연간치료횟수 산정기준에 따른 「연간 특정순환계질환 특정치료횟수」가 연간 2회이상인 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 특정순환계질환 복합치료(연간2회이상) 회복지원금(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
종합병원 특정순환계질환 복합치료 (연간 2회이상) 회복지원금 (연간1회한)	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「특정순환계질환」으로 진단확정되고, 그 질병으로 「종합병원」에서 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」를 받아 제3항에서 말하는 연간치료횟수 산정기준에 따른 「연간 특정순환계질환 특정치료횟수」가 연간 3회이상인 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 종합병원 특정순환계질환 복합치료(연간3회이상) 회복지원금(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
종합병원 특정순환계질환 복합치료 (연간3회이상) 회복지원금 (연간1회한)	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 10%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 50%	이 특별약관 해당 세부보장 보험가입금액의 100%

③ 이 특별약관에서 「연간 특정순환계질환 특정치료횟수」는 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」의 치료행위별 연간치료횟수를 아래 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

치료행위	산정기준
수술(혈전제거술 제외) 시	수술 1회당
혈전용해치료 시	연간 1회한
혈전제거술치료 시	연간 1회한

<예시안내>

[「연간 특정순환계질환 특정치료횟수」 예시]

예시1) 수술(혈전제거술 제외) 2회,
혈전용해치료 0회,
혈전제거술치료 1회 시행한 경우

→ 연간 치료 횟수 : 3회 수술(혈전제거술 제외) 2회 + 혈전제거술치료 1회

예시2) 수술(혈전제거술 제외) 0회,
혈전용해치료 2회,
혈전제거술치료 2회 시행한 경우

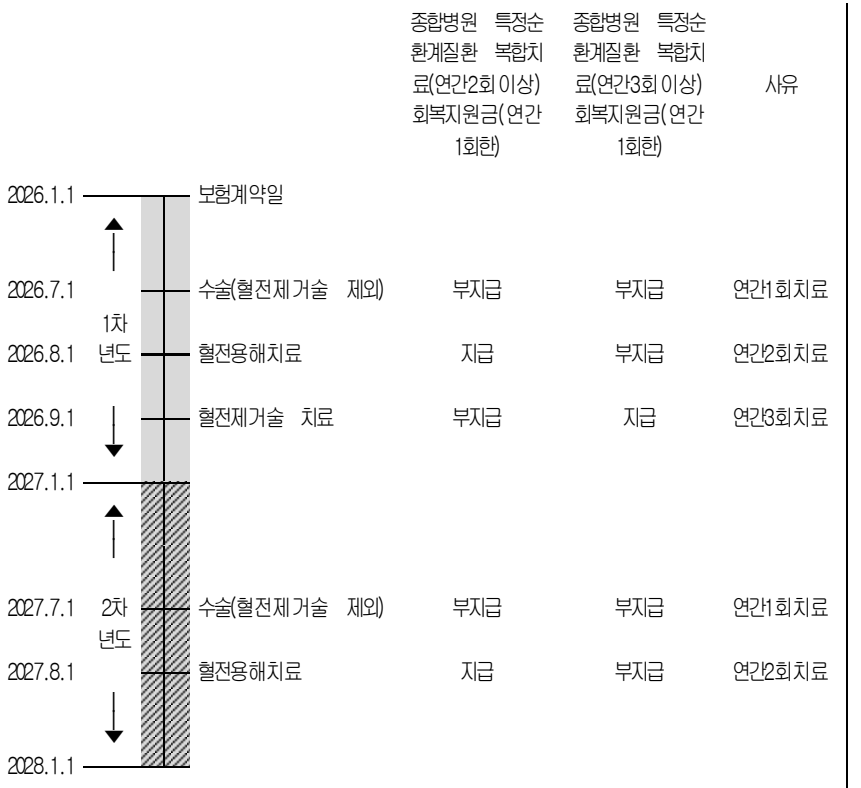
→ 연간 치료 횟수 : 2회 혈전용해치료 1회 + 혈전제거술치료 1회
* 혈전용해치료 및 혈전제거술치료는 연간1회한으로 각각 1회로 산정

④ 제3항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 1회 입원(또는 1회 통원)하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 1회로 산정합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

<예시안내>

보험계약일 : 2026년 1월 1일
특정순환계질환 진단일 : 2026년 6월 1일



제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 보험금 지급사유에 대해 합의하지못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정순환계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제5조 (특정순환계질환 특정치료Ⅲ의 정의)

이 특별약관에서 「특정순환계질환 특정치료Ⅲ」라 함은「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우
2. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우
3. 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술을 받은 경우

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 「특정순환계질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서

자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제9조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것

을 말합니다.

제10조 (「종합병원」의 정의)

이 특별약관에서「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서" 에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-52. 종합병원 특정순환계질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「특정순환계질환 통합치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 종합병원 특정순환계질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년감액)(이하 「종합병원 특정순환계질환 통합치료비」이라 합니다) 로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액		
			가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
검사	MRI촬영(급여)	연간 1회한	1만원	5만원	10만원
	양전자단층촬영(PET)(급여)	연간 1회한	1만원	5만원	10만원
	CT촬영(급여)	연간 1회한	1만원	5만원	10만원
주요치료	수술(혈전제거술 제외)	수술 1회당	200만원	1,000만원	2,000만원
	혈전용해치료	연간 1회당	200만원	1,000만원	2,000만원
	혈전제거술	연간 1회한	200만원	1,000만원	2,000만원
입원	중환자실 입원	연간 1회한	50만원	250만원	500만원
중증치료	에크모(ECMO)(급여)	연간 1회한	200만원	1,000만원	2,000만원
	지속적 신대체요법(CRRT)(급여)	연간 1회한	50만원	250만원	500만원
	인공호흡(12시간초과)(급여)	연간 1회한	20만원	100만원	200만원
	저체온요법치료(급여)	연간 1회한	10만원	50만원	100만원
약물치료	항응고제주사치료(급여)	연간 1회한	5만원	25만원	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간 1회한	10만원	50만원	100만원
재활치료	전문재활치료(급여)	연간 1회한	5만원	25만원	50만원

② 제1항의 종합병원 특정순환계질환 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 제1항의 치료행위에 대한 보험금 지급 기준일은 각 치료행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

④ 제1항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정순환계질환 통합치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 치료행위 중 「MRI촬영(급여)」, 「양전자단층촬영(PET)(급여)」 및 「CT촬영(급여)」 검사의 경우 「특정순환계질환」의

진단확정 이전 검사라 하더라도, 그 검사 결과 제3조(특정순환계질환의 정의 및 진단확정)에 따라 「특정순환계질환」으로 진단확정이 된 경우에는 보험금을 지급합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

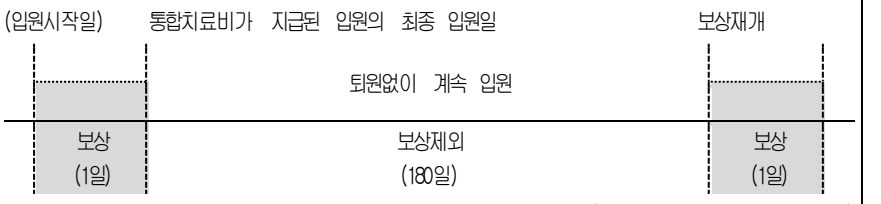
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「특정순환계질환」에 대한 입원이라도 중환자실 입원 치료행위로 종합병원 특정순환계질환 통합치료비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 특정순환계질환 통합치료비가 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 종합병원 특정순환계질환 통합치료비가 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원 (1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원 (2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」에서 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의해 「특정순환계질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정순환계질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정순환계질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특

정순환계질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「중환자실 입원」 보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 「중환자실 입원」을 보장합니다.

제3조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정순환계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조 (특정순환계질환 통합치료의 정의)

이 특별약관에서 「특정순환계질환 통합치료」라 함은「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위	
검사	MRI촬영(급여)	「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 의사의 필요소견을 토대로 제5조(MRI촬영(급여)의 정의)에서 정한 「MRI촬영(급여)」을 받은 경우
	양전자단층촬영(PET)(급여)	「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 의사의 필요소견을 토대로 제6조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의)에서 정한 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우
	CT촬영(급여)	「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 의사의 필요소견을 토대로 제7조 (CT촬영(급여)의 정의)에서 정한 「CT촬영(급여)」을 받은 경우
주요치료	수술(혈전제거술 제외)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 「수술(혈전제거술 제외)」을 받은 경우
	혈전용해치료	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제9조(혈전용해치료의 정의)에서 정한「혈전용해치료」를 받은 경우
	혈전제거술	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제10조(혈전제거술의 정의)에서 정한「혈전제거술」을 받은 경우
입원	중환자실 입원	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 입원한 경우
중증치료	에크모(ECMO)(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한「에크모(ECMO)(급여)」 치료를 받은 경우
	지속적 신대체요법(CRRT)(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초

		과(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」 치료를 받은 경우
	인공호흡(12시간초과)(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한 「인공호흡(12시간초과)(급여)」 치료를 받은 경우
	저체온요법치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한 「저체온요법치료(급여)」 치료를 받은 경우
약물치료	항응고제주사치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항응고제주사치료(급여) 및 항혈소판제주사치료(급여)의 정의)에서 정한 「항응고제주사치료(급여)」을 받은 경우
	항혈소판제주사치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항응고제주사치료(급여) 및 항혈소판제주사치료(급여)의 정의)에서 정한 「항혈소판제주사치료(급여)」을 받은 경우
재활치료	전문재활치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제13조(전문재활치료(급여)의 정의)에서 정한 「전문재활치료(급여)」를 받은 경우

제5조 (MRI촬영(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「MRI촬영(급여)」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

<용어풀이>

[자기공명영상(MRI)]

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

② 제1항의「MRI촬영(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「MRI촬영(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제6조 (양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「양전자단층촬영(PET)(급여)」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.

<용어풀이>

[양전자방출단층촬영(PET)]

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

② 제1항의「양전자단층촬영(PET)(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 양전자방출단층촬영PET 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「양전자단층촬영(PET)(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제7조 (CT촬영(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「CT촬영(급여)」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 전산화단층영상(CT)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

<용어풀이>

[전산화단층영상(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

② 제1항의 「CT촬영(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 전산화단층영상 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「CT촬영(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「특정순환계질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제9조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제10조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「에크모(ECMO)(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「에크모(ECMO)(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「인공호흡(12시간초과)(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「인공호흡(12시간초과)(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「저체온요법치료(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「저체온요법치료(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 「에크모(ECMO)(급여)」, 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」, 「인공호흡(12시간초과)(급여)」 및 「저체온요법치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제12조 (항응고제주사치료(급여) 및 항혈소판제주사치료(급여)의 정의)

① 「항응고제주사치료(급여)」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「항응고제주사」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서 「항응고제주사」라 함은 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

③ 「항혈소판제주사치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「항혈소판제주사」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

④ 제3항에서 「항혈소판제주사」라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code) 분류에 있어 [별표-질병관련61]항혈소판제 분류표에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」목록에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」가 개정되는 경우에는 「항응고제주사치료(급여)」를 받은 당시 시행되고 있는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」를 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「항응고제주사」 또는 「항혈소판제주사」에 준하여 각각의 약물을 결정합니다.

⑦ 제1항 내지 제6항에도 불구하고, 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑧ 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 「혈전용해제」는 제1항의 「항응고제주사치료 (급여)」 또는 제3항의 「항혈소판제주사치료 (급여)」에서 제외됩니다.

제13조(전문재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「전문재활치료(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 종합병원의 재활의학 전문의 또는 전공의(단, 보건복지부 고시 「건강보험 행위 급여·비급여 및 급여 상대가치점수」에서 별도로 인정한 경우 이를 포함합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련55] 전문재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「전문재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 "제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 - 제7장 이학요법료 - 제3절 전문재활치료료(이하 "전문재활치료료"라 합니다)"에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 치료일(행위 시행일)을 기준으로 "전문재활치료료"에 새로운 행위가 추가되는 경우 이를 포함하는 것으로 하며, 폐지되는 경우 이를 포함하지 않는 것으로 합니다. 또한 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조에 따라 보건복지부 장관의 지정을 받은 재활의료기관에 해당하는 경우, "전문재활치료료"에 상응하는 재활의료기관 행위목록을 포함하는 것으로 합니다. 다만, 근막동통유발점 주사자극치료(MM131, MM132) 및 재활사회사업(MM141, MM142, MM143)은 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급 여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「전문재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제14조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제16조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 등 포함), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 자기공명영상(MRI) 소견서, 전산화단층촬영(CT) 소견서, PET 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-53. 종합병원 특정순환계질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년감액) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정순환계질환」(으)로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에서 「특정순환계질환 통합치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 종합병원 특정순환계질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년감액)(이하 「종합병원 특정순환계질환 통합치료비」이라 합니다) 로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 5천만원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액		
			가입후 180일미만	가입후 1년미만 (180일미만 제외)	가입후 1년이상
검사	MRI촬영(급여)	연간 1회한	5천원	2.5만원	5만원
	양전자단층촬영(PET)(급여)	연간 1회한	5천원	2.5만원	5만원
	CT촬영(급여)	연간 1회한	5천원	2.5만원	5만원
주요치료	수술(혈전제거술 제외)	수술 1회당	100만원	500만원	1,000만원
	혈전용해치료	연간 1회당	100만원	500만원	1,000만원
	혈전제거술	연간 1회한	100만원	500만원	1,000만원
입원	중환자실 입원	연간 1회한	20만원	100만원	200만원
중증치료	에크모(ECMO)(급여)	연간 1회한	100만원	500만원	1,000만원
	지속적 신대체요법(CRRT)(급여)	연간 1회한	20만원	100만원	200만원
	인공호흡(12시간초과)(급여)	연간 1회한	10만원	50만원	100만원
	저체온요법치료(급여)	연간 1회한	5만원	25만원	50만원
약물치료	항응고제주사치료(급여)	연간 1회한	5만원	25만원	50만원
	항혈소판제주사치료(급여)	연간 1회한	5만원	25만원	50만원
재활치료	전문재활치료(급여)	연간 1회한	5만원	25만원	50만원

② 제1항의 종합병원 특정순환계질환 통합치료비 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 합니다.

③ 제1항의 치료행위에 대한 보험금 지급 기준일은 각 치료행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

④ 제1항의 치료행위 중 수술(혈전제거술 제외)은 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원」에 입원 또는 통원하여 수술(혈전제거술 제외)을 받은 경우에만 보장되며, 1회 입원(또는 1회 통원) 하여 수술(혈전제거술 제외)을 2회 이상 받은 경우에도 하나의 보험금만 지급합니다. 이 때 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원을 말합니다.

⑤ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정순환계질환 통합치료」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 치료행위 중 「MRI촬영(급여)」, 「양전자단층촬영(PET)(급여)」 및 「CT촬영(급여)」 검사의 경우 「특정순환계질환」의

진단확정 이전 검사라 하더라도, 그 검사 결과 제3조(특정순환계질환의 정의 및 진단확정)에 따라 「특정순환계질환」으로 진단확정이 된 경우에는 보험금을 지급합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

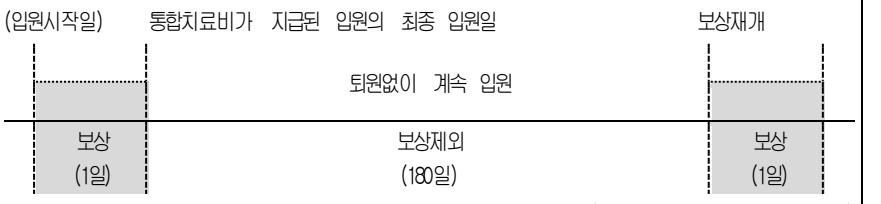
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」 보험금 지급기준일은 종합병원의 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」의 경우 피보험자가 동일한 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「특정순환계질환」에 대한 입원이라도 중환자실 입원 치료행위로 종합병원 특정순환계질환 통합치료비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 종합병원 특정순환계질환 통합치료비가 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 종합병원 특정순환계질환 통합치료비가 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '특정순환계질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	종합병원 중환자실 입원 (1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	종합병원 중환자실 입원 (2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	종합병원 중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」에서 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의해 「특정순환계질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정순환계질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정순환계질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특

정순환계질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정순환계질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「중환자실 입원」의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「중환자실 입원」 보장의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑩ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 「중환자실 입원」을 보장합니다.

제3조 (특정순환계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정순환계질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정순환계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 심전도검사, 심도자검사, 심장초음파, 경동맥 초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 대동맥조영술, 뇌혈관조영술, 뇌척수액검사, 혈액검사(혈액중 심장 효소검사 등), 핵의학 검사, 혈관 도플러검사, 컴퓨터 단층촬영(CT), 자기공명영상법(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 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 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 특정순환계질환으로 확정되거나 추정되는 경우

③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환의 진단확정은 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 [별표-질병관련52]특정순환계질환 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조 (특정순환계질환 통합치료의 정의)

이 특별약관에서 「특정순환계질환 통합치료」라 함은「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 「종합병원」에서 시행되는 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위	
검사	MRI촬영(급여)	「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 의사의 필요소견을 토대로 제5조(MRI촬영(급여)의 정의)에서 정한 「MRI촬영(급여)」을 받은 경우
	양전자단층촬영(PET)(급여)	「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 의사의 필요소견을 토대로 제6조(양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의)에서 정한 「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우
	CT촬영(급여)	「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 의사의 필요소견을 토대로 제7조 (CT촬영(급여)의 정의)에서 정한 「CT촬영(급여)」을 받은 경우
주요치료	수술(혈전제거술 제외)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 「수술(혈전제거술 제외)」을 받은 경우
	혈전용해치료	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제9조(혈전용해치료의 정의)에서 정한「혈전용해치료」를 받은 경우
	혈전제거술	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제10조(혈전제거술의 정의)에서 정한「혈전제거술」을 받은 경우
입원	중환자실 입원	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 입원한 경우
중증치료	에크모(ECMO)(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한「에크모(ECMO)(급여)」 치료를 받은 경우
	지속적 신대체요법(CRRT)(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초

		과(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」 치료를 받은 경우
	인공호흡(12시간초과)(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한 「인공호흡(12시간초과)(급여)」 치료를 받은 경우
	저체온요법치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)에서 정한 「저체온요법치료(급여)」 치료를 받은 경우
약물치료	항응고제주사치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항응고제주사치료(급여) 및 항혈소판제주사치료(급여)의 정의)에서 정한 「항응고제주사치료(급여)」을 받은 경우
	항혈소판제주사치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제12조(항응고제주사치료(급여) 및 항혈소판제주사치료(급여)의 정의)에서 정한 「항혈소판제주사치료(급여)」을 받은 경우
재활치료	전문재활치료(급여)	「특정순환계질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 제13조(전문재활치료(급여)의 정의)에서 정한 「전문재활치료(급여)」를 받은 경우

제5조 (MRI촬영(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「MRI촬영(급여)」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

<용어풀이>

[자기공명영상(MRI)]

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향 되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

② 제1항의「MRI촬영(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「MRI촬영(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제6조 (양전자단층촬영(PET)(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「양전자단층촬영(PET)(급여)」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자단층촬영(PET)을 하는 의료행위를 말합니다.

<용어풀이>

[양전자방출단층촬영(PET)]

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

② 제1항의「양전자단층촬영(PET)(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 양전자방출단층촬영PET 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「양전자단층촬영(PET)(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제7조 (CT촬영(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「CT촬영(급여)」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환」의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 전산화단층영상(CT)을 촬영하는 의료행위를 말합니다.

<용어풀이>

[전산화단층영상(CT)]
X선을 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단에 이용하는 검사

② 제1항의 「CT촬영(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 전산화단층영상 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「CT촬영(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제8조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「특정순환계질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 종합병원에서 의사의 관리 하에 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제9조 (혈전용해치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「혈전용해제」라 함은 순환계의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적 혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제10조 (혈전제거술의 정의)

① 이 특별약관에서「혈전제거술」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② 「혈전제거술」이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제11조 (에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 인공호흡(12시간초과)(급여) 및 저체온요법치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「에크모(ECMO)(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「에크모(ECMO)(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「인공호흡(12시간초과)(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「인공호흡(12시간초과)(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「저체온요법치료(급여)」라 함은 [별표-질병관련62]특정순환계질환 중증치료 분류표에서 정한 「저체온요법치료(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 「에크모(ECMO)(급여)」, 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」, 「인공호흡(12시간초과)(급여)」 및 「저체온요법치료(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 종합병원에서 행한 것에 한합니다.

제12조 (항응고제주사치료(급여) 및 항혈소판제주사치료(급여)의 정의)

① 「항응고제주사치료(급여)」라 함은 종합병원에서 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「항응고제주사」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하는 치료법을 말합니다.

② 제1항에서「항응고제주사」라 함은 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호가 "333(혈액응고저지제)"에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

③ 「항혈소판제주사치료(급여)」라 함은 의사에 의하여 피보험자가 「특정순환계질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「항혈소판제주사」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

④ 제3항에서 「항혈소판제주사」라 함은 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code) 분류에 있어 [별표-질병관련61]항혈소판제 분류표에 해당하는 의약품 중 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」목록에 해당하며 주사로 투여하는 약제를 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」가 개정되는 경우에는 「항응고제주사치료(급여)」를 받은 당시 시행되고 있는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」를 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 개정으로 대상 약제 제외 또는 분류가 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 제외 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「항응고제주사」 또는 「항혈소판제주사」에 준하여 각각의 약물을 결정합니다.

⑦ 제1항 내지 제6항에도 불구하고, 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑧ 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 「혈전용해제」는 제1항의 「항응고제주사치료 (급여)」 또는 제3항의 「항혈소판제주사치료 (급여)」에서 제외됩니다.

제13조(전문재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「전문재활치료(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 종합병원의 재활의학 전문의 또는 전공의(단, 보건복지부 고시 「건강보험 행위 급여·비급여 및 급여 상대가치점수」에서 별도로 인정한 경우 이를 포함합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련55] 전문재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「전문재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 "제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 - 제7장 이학요법료 - 제3절 전문재활치료료(이하 "전문재활치료료"라 합니다)"에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 치료일(행위 시행일)을 기준으로 "전문재활치료료"에 새로운 행위가 추가되는 경우 이를 포함하는 것으로 하며, 폐지되는 경우 이를 포함하지 않는 것으로 합니다. 또한 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조에 따라 보건복지부 장관의 지정을 받은 재활의료기관에 해당하는 경우, "전문재활치료료"에 상응하는 재활의료기관 행위목록을 포함하는 것으로 합니다. 다만, 근막동통유발점 주사자극치료(MM131, MM132) 및 재활사회사업(MM141, MM142, MM143)은 제외합니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제2조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급 여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「전문재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제14조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 종합병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]

· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제15조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제16조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 경우 "재활치료의 원인" 필수기재), 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 등 포함), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 자기공명영상(MRI) 소견서, 전산화단층촬영(CT) 소견서, PET 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-59. 질병 통합치료비(표준형)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「질병 통합치료(검사)」를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 질병 통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「질병 통합치료(수술)」 및 「질병 통합치료(주요치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 질병 통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 통합치료 (검사)	질병MRI검사비(급여)	연간 1회한	25만원	5만원
	질병CT검사비(급여)	연간 1회한	25만원	5만원
	질병양전자방출단층촬영(PET)(급여)	연간 1회한	25만원	5만원
질병 통합치료 (수술)	질병 1~5종 수술비(1종)	수술 1회당 (동일질병당 연간1회한)	10만원	20만원
	질병 1~5종 수술비(2종)	수술 1회당 (동일질병당 연간1회한)	15만원	30만원
	질병 1~5종 수술비(3종)	수술 1회당 (동일질병당 연간1회한)	50만원	100만원
	질병 1~5종 수술비(4종)	수술 1회당 (동일질병당 연간1회한)	150만원	300만원
	질병 1~5종 수술비(5종)	수술 1회당 (동일질병당 연간1회한)	250만원	500만원
	질병병원급별비급여수술비(병원)	수술 1회당	10만원	20만원
	질병병원급별비급여수술비(종합병원)	수술 1회당	5만원	10만원
	질병병원급별비급여수술비(상급종합병원)	수술 1회당	10만원	20만원
질병 통합치료 (주요치료)	질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간 1회한	250만원	500만원
	질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간 1회한	100만원	200만원
	질병저체온요법치료(급여)	연간 1회한	50만원	100만원
	질병부분체외순환치료(급여)	연간 1회한	500만원	1,000만원
	질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)	연간 1회한	250만원	500만원

③ 제1항 내지 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 단, 제2항에서의 「동일질병당 연간」이란 제4항 단서조항에 해당하는 경우로 동일한 질병에 대하여 「1~5종 수술」을 받은 날로부터 365일이 경과되지 않은 날까지의 기간을 의미합니다.

④ 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제1호에 해당하는 「1~5종 수술」을 받은 경우에는 제2항에도 불구하고 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 「1~5종 수술」을 받거나 같은 종류의 「1~5종 수술」을 2회 이상 받은 경우에는 그 「1~5종 수술」중 가장 높은 치료행위별 지급금액에 해당하는 한 종류의 「1~5종 수술」에 대해서만 보험금을 지급합니다. 이 경우 회사가 이미 낮은 치료행위별 지급금액에 해당하는 금액을 먼저 지급한 때에는 높은 치료행위별 지급금액에서 이미 지급한 금

액을 차감하고 지급합니다. 다만 「1~5종 수술」을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 「1~5종 수술」을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「질병 통합치료(검사)」, 「질병 통합치료(수술)」 및 「질병 통합치료(주요치료)」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (질병 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병 통합치료」라 함은 「질병 통합치료(검사)」, 「질병 통합치료(수술)」 및 「질병 통합치료(주요치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「질병 통합치료(검사)」라 함은 피보험자의 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「질병 통합치료(검사)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다. 단, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

구분	치료행위
질병 통합치료 (검사)	질병MRI검사비(급여)
	질병CT검사비(급여)
	질병양전자방출단층촬영(PET)(급여)

1. 제4조(질병 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「MRI 검사(급여)」를 받은 경우
2. 제4조(질병 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「CT 검사(급여)」를 받은 경우
3. 제4조(질병 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우

[용어풀이]

[자기공명영상(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)]
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법

[전산화단층촬영(CT)]
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

③ 이 특별약관에서 「질병 통합치료(수술)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 제7조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우로 다음 각호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
질병 통합치료 (수술)	질병 1~5종 수술비(1종)
	질병 1~5종 수술비(2종)
	질병 1~5종 수술비(3종)
	질병 1~5종 수술비(4종)
	질병 1~5종 수술비(5종)
	질병병원급별비급여수술비(병원)
	질병병원급별비급여수술비(종합병원)
	질병병원급별비급여수술비(상급종합병원)

1. 제5조(질병 통합치료(수술)의 정의)에서 정한 「1~5종 수술」을 받은 경우
2. 제5조(질병 통합치료(수술)의 정의)에서 정한 「비급여수술」을 받은 경우
3. 종합병원에서 제5조(질병 통합치료(수술)의 정의)에서 정한 「비급여수술」을 받은 경우
4. 상급종합병원에서 제5조(질병 통합치료(수술)의 정의)에서 정한 「비급여수술」을 받은 경우

④ 이 특별약관에서 「질병 통합치료(주요치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위

질병 통합치료 (주요치료)	질병특정시술치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)
	질병특정시술치료(신경차단술)(급여)
	질병특정시술치료(도수정복술)(급여)
	질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)
	질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)
	질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	질병저체온요법치료(급여)
	질병부분체외순환치료(급여)
	질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)

1. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」를 받은 경우
2. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료(신경차단술)(급여)」를 받은 경우
3. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료(도수정복술)(급여)」를 받은 경우
4. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)」를 받은 경우
5. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「 질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)」를 받은 경우
6. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」를 받은 경우
7. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병저체온요법치료(급여)」를 받은 경우
8. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병부분체외순환치료(급여)」를 받은 경우
9. 제6조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)」를 받은 경우

제4조 (질병 통합치료(검사)의 정의)

① 이 특별약관에서「MRI 검사(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 MRI 검사(급여)를 하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서「CT 검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 질병의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 CT 검사(급여)를 하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」라 함은 의사에 의하여 질병의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 양전자방출단층촬영(PET)(급여)를 하는 의료행위를 말합니다.

④ 제1항 내지 제3항의「MRI 검사(급여)」,「CT 검사(급여)」 및「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」는 각각 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상(MRI), 급여 전산화단층촬영(CT), 급여 양전자방출단층촬영PET 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑥「MRI 검사(급여)」,「CT 검사(급여)」 및「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항에서 의사라 함은 제6항에서 말하는 의료기관의 의사 면허를 가진 자로 한의사 및 치과의사를 포함합니다.

제5조 (질병 통합치료(수술)의 정의)

① 이 특별약관에서「1~5종 수술」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 받은 1~5종 수술분류표([별표-상해관련21]1~5종 수술 분류표 참조. 이하 같습니다)에서 정한 수술을 말합니다.

② 이 특별약관에서「비급여수술」이라 함은 「국민건강보험」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2] 비급여대상))에 해당하는 수술을 말합니다.

③ 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 「1~5종 수술」을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 「1~5종 수술」을 받은 것으로 봅니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 「1~5종 수술」을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

④ 제3항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어먹거나 말하는 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 경추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

<용어풀이>

[체간골]

「체간골」이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 봅니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 종합병원에서 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 종합병원 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 종합병원 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 종합병원 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에도 불구하고 상급종합병원에서 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병 비급여수술을 받거나 같은 종류의 질병 비급여수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병 상급종합병원 비급여 수술비만 지급합니다. 다만, 질병 상급종합병원 비급여수술을 받고 365일이 경과한 후 같은 질병으로 새로운 질병 상급종합병원 비급여수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 따라 보험금을 지급합니다.

제6조 (질병 통합치료(주요치료)의 정의)

① 이 특별약관에서「질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여) 분류표([별표-질병관련63] 질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여) 분류표 참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서「질병특정시술치료(신경차단술)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(신경차단술)(급여) 분류표([별표-질병관련64] 질병특정시술치료(신경차단술)(급여) 분류표 참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「질병특정시술치료(도수정복술)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(도수정복술)(급여) 분류표([별표-질병관련65] 질병특정시술치료(도수정복술)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

④ 이 특별약관에서「질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(창상봉합술)(급여) 분류표([별표-질병관련66] 질병특정시술치료(창상봉합술)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서「질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표([별표-질병관련67] 질병지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서「질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표([별표-질병관련68] 질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서「질병저체온요법치료(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병저체온요법치료(급여) 분류표([별표-질병관련69] 질병저체온요법치료(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서「질병부분체외순환치료(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병부분체외순환치료(급여) 분류표([별표-질병관련70] 질병부분체외순환치료(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여) 분류표([별표-질병관련71] 질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 1회당 마취시간을 기준으로 6시간이상 전신마취치료(급여)를 받은 경우에 한하며, 2회 이상의 전신마취치료(급여)를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 판단하지 않습니다. 또한, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

<예시안내>

[질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상) 보험금 지급 예시]
① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1])) 20회의 경우
: 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 보험금 지급
② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1])) 15회의 경우
: 60분 X 1회 + 15분 X 15회 = 285분 → 보험금 미지급
③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1])) 10회의 경우
: 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 보험금 미지급
주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가 할때마다 산정

⑩ 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑫ 「질병 통합치료(주요치료)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑬ 제1항 내지 제9항에서 의사라 함은 제12항에서 말하는 의료기관의 의사 면허를 가진 자로 한의사 및 치과의사를 포함합니다.

제7조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제8조 (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된

경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제9조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제10조 (상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제11조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제1호의 「질병 통합치료」를 받아 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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

② 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제2호 내지 제4호의 「질병 통합치료」를 받아 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 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

③ 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 인한 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제2호 내지 제4호의 「질병 통합치료」에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

④ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제2호 내지 제4호의 「질병 통합치료」에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 시행한 수술은 보장합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태

4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

⑤ 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 인한 제3조(질병 통합치료의 정의) 제4항 제8호의 「질병 통합치료」에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

⑥ 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 인한 제3조(질병 통합치료의 정의) 제4항 제9호의 「질병 통합치료」에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>
[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

제12조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료비계산서·영수증, 진료비세부내역서, 진료기록부 등).
   가. 제3조(질병 통합치료의 정의) 제2항의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET 검사결과지, 검사 목적이 기재된 소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
   나. 제3조(질병 통합치료의 정의) 제4항의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함. 단, 제3조(질병 통합치료의 정의) 제4항 제9호의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 포함), 「질병 통합치료」 목적이 기재된 의사소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제13조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-1-60. 질병 통합치료비(선택형)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 「질병 통합치료(검사)」를 받은 경우 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 질병 통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 「질병 통합치료(주요치료)」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 통합치료항목별 지급금액을 질병 통합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			가입후 1년미만	가입후 1년이상
질병 통합치료 (검사)	질병MRI검사비(급여)	연간 1회한	25만원	5만원
	질병CT검사비(급여)	연간 1회한	25만원	5만원
	질병양전자방출단층촬영(PET)(급여)	연간 1회한	25만원	5만원
질병 통합치료 (주요치료)	질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병특정시술치료(신경차단술)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병특정시술치료(도수정복술)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)	연간 1회한	5만원	10만원
	질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)	연간 1회한	250만원	500만원
	질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)	연간 1회한	100만원	200만원
	질병저체온요법치료(급여)	연간 1회한	50만원	100만원
	질병부분체외순환치료(급여)	연간 1회한	500만원	1,000만원
	질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)	연간 1회한	250만원	500만원

③ 제1항 내지 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「질병 통합치료(검사)」 및 「질병 통합치료(주요치료)」를 받은 경우에 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (질병 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병 통합치료」라 함은 「질병 통합치료(검사)」 및 「질병 통합치료(주요치료)」를 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「질병 통합치료(검사)」라 함은 피보험자의 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「질병 통합치료(검사)」의 치료행위를 받은 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다. 단, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

구분	치료행위
질병 통합치료 (검사)	질병MRI검사비(급여)
	질병CT검사비(급여)

	질병양전자방출단층촬영(PET)(급여)

1. 제4조(질병 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「MRI 검사(급여)」를 받은 경우
2. 제4조(질병 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「CT 검사(급여)」를 받은 경우
3. 제4조(질병 통합치료(검사)의 정의)에서 정한 「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우

[용어풀이]

[자기공명영상(MRI)]
강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)]
양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법

[전산화단층촬영(CT)]
X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

③ 이 특별약관에서 「질병 통합치료(주요치료)」라 함은 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 시행되는 경우로 다음 각 호의 사항을 말합니다.

구분	치료행위
질병 통합치료 (주요치료)	질병특정시술치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)
	질병특정시술치료(신경차단술)(급여)
	질병특정시술치료(도수정복술)(급여)
	질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)
	질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)
	질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)
	질병저체온요법치료(급여)
	질병부분체외순환치료(급여)
	질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)

1. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료 (흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」를 받은 경우
2. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료(신경차단술)(급여)」를 받은 경우
3. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료(도수정복술)(급여)」를 받은 경우
4. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)」를 받은 경우
5. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)」를 받은 경우
6. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」를 받은 경우
7. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병저체온요법치료(급여)」를 받은 경우
8. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병부분체외순환치료(급여)」를 받은 경우
9. 제5조(질병 통합치료(주요치료)의 정의)에서 정한 「질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)」를 받은 경우

제4조 (질병 통합치료(검사)의 정의)

① 이 특별약관에서「MRI 검사(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 MRI 검사(급여)를 하는 의료행위를 말합니다.

② 이 특별약관에서「CT 검사(급여)」라 함은 의사에 의하여 질병의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 CT 검사(급여)를 하는 의료행위를 말합니다.

③ 이 특별약관에서「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」라 함은 의사에 의하여 질병의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 양전자방출단층촬영(PET)(급여)를 하는 의료행위를 말합니다.

④ 제1항 내지 제3항의「MRI 검사(급여)」, 「CT 검사(급여)」 및「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」는 각각 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상(MRI), 급여 전산화단층촬영(CT), 급여 양전자방출단층촬영PET 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의

관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑤ 제4항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑥ 「MRI 검사(급여)」, 「CT 검사(급여)」 및 「양전자방출단층촬영(PET)(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑦ 제1항 내지 제3항에서 의사라 함은 제6항에서 말하는 의료기관의 의사 면허를 가진 자로 한의사 및 치과의사를 포함합니다.

제5조 (질병 통합치료(주요치료)의 정의)

① 이 특별약관에서 「질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여) 분류표([별표-질병관련63] 질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여) 분류표 참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「질병특정시술치료(신경차단술)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(신경차단술)(급여) 분류표([별표-질병관련64] 질병특정시술치료(신경차단술)(급여) 분류표 참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「질병특정시술치료(도수정복술)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(도수정복술)(급여) 분류표([별표-질병관련65] 질병특정시술치료(도수정복술)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「질병특정시술치료(창상봉합술)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정시술치료(창상봉합술)(급여) 분류표([별표-질병관련66] 질병특정시술치료(창상봉합술)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「질병지속적신대체요법(CRRT)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표([별표-질병관련67] 질병지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표([별표-질병관련68] 질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「질병저체온요법치료(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병저체온요법치료(급여) 분류표([별표-질병관련69] 질병저체온요법치료(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「질병부분체외순환치료(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병부분체외순환치료(급여) 분류표([별표-질병관련70] 질병부분체외순환치료(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여)」라 함은 의료기관의 의사 면허를 가진자에 의하여 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여) 분류표([별표-질병관련71] 질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여) 분류표참조. 이하 같습니다) 에서 정한 진료행위코드에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다. 단, 1회당 마취시간을 기준으로 6시간이상 전신마취치료(급여)를 받은 경우에 한하며, 2회 이상의 전신마취치료(급여)를 받은 경우라 하더라도 각각의 마취시간을 더하여 판단하지 않습니다. 또한, 단순 정맥마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등 신체의 특정 부위의 감각만을 차단하는 마취 방법은 제외합니다.

<예시안내>

[질병 종합병원 전신마취치료(6시간이상) 보험금 지급 예시]

① L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1])) 20회의 경우
: 60분 X 1회 + 15분 X 20회 = 360분 → 보험금 지급

② L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1])) 15회의 경우
: 60분 X 1회 + 15분 X 15회 = 285분 → 보험금 미지급

③ L1211(마취관리기본[1시간기준]) 1회, L1221(마취유지[주1])) 10회의 경우
: 60분 X 1회 + 15분 X 10회 = 210분 → 보험금 미지급

주1) 마취유지 : 1시간을 이상하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매 15분 증가 할때마다 산정

⑩ 이 특별약관 체결 시점 이후「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑪ 제10항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑫ 「질병 통합치료(주요치료)」는「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

⑬ 제1항 내지 제9항에서 의사라 함은 제12항에서 말하는 의료기관의 의사 면허를 가진 자로 한의사 및 치과의사를 포함합니다.

제6조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제7조 (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서「입원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

<유의사항>

[입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우]
· 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
· 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
· 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(건강보험심사평가원, 2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

② 이 특별약관에서「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조 (종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

제9조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 인한 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제8호의 「질병 통합치료」에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00-Q99)

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 인한 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제9호의 「질병 통합치료」에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

제10조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료비계산서·영수증, 진료비세부내역서, 진료기록부 등).
   가. 제3조(질병 통합치료의 정의) 제2항의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET 검사결과지, 검사 목적이 기재된 소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
   나. 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항의 경우 : 진료비세부내역서("건강보험심사평가원진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함. 단, 제3조(질병 통합치료의 정의) 제3항 제9호의 경우 전신마취 종류와 마취시간, 수술내용을 확인할 수 있는 마취기록지 및 수술기록지 포함), 「질병 통합치료」 목적이 기재된 의사소견서 등. 단, 진료비세부내역서 등에서 수가코드(EDI)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제11조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-3. 상해 및 질병 관련 특별약관

28-3-6. 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정 간·폐·신장질환」(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 치료행위별 지급금액을 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%)(이하 「특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 1억원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
수술	이식수술	수술 1회당	2,500만원	5,000만원
	절제수술(이식제외)	수술 1회당	1,500만원	3,000만원
	특정수술	수술 1회당	750만원	1,500만원
	다빈도수술	수술 1회당	250만원	500만원
입원	중환자실 입원	연간1회한	500만원	1,000만원
장기 대체 치료	에크모(ECMO)(급여)	연간1회한	1,500만원	3,000만원
	지속적 신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	500만원	1,000만원
장기 보조 치료	장기보조치료 I (급여) (투석(혈액, 복막), 인공호흡 , 혈장교환술)	월간1회한	25만원	50만원
	장기보조치료 II(급여) (천자(복수, 흉수), 특정배액술, 산소요법)	월간1회한	15만원	30만원

② 제1항의 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도) 연간 총 지급액은 아래에 정한금액을 한도로 합니다.

구분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 제1항에서 「월간」이란 매월 월계약해당일로부터 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.

⑤ 제1항의 치료행위에 대한 보험금 지급 기준일은 각 치료행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」를 받은 경우에는 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 이식 수술의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 이식수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 이식 수술에 대한 보험금만 지급합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 절제 수술(이식 제외)의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 절제수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 절제 수술(이식 제외)에 대한 보험금만 지급합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 특정 수술의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 특정수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 특

정 수술에 대한 보험금만 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 다빈도 수술의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 다빈도수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 다빈도 수술에 대한 보험금만 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

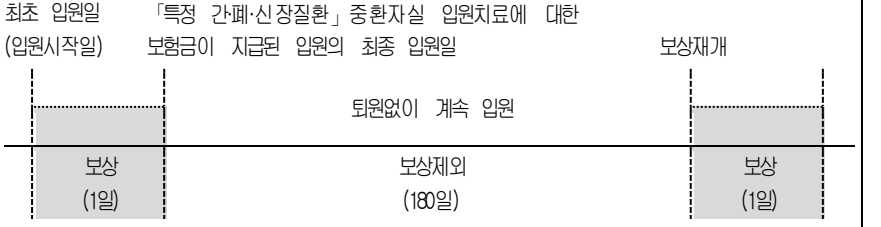
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 보험금의 지급기준일은 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 경우 피보험자가 동일한 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「특정 간·폐·신장질환」에 대한 입원이라도 중환자실 입원에 대한 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 「특정 간·폐·신장질환」중환자실 입원에 대한 보험금이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 「특정 간·폐·신장질환」중환자실 입원에 대한 보험금이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '특정 간·폐·신장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원에서 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의해 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정 간·폐·신장질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정

간·폐·신장질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정 간·폐·신장질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정 간·폐·신장질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

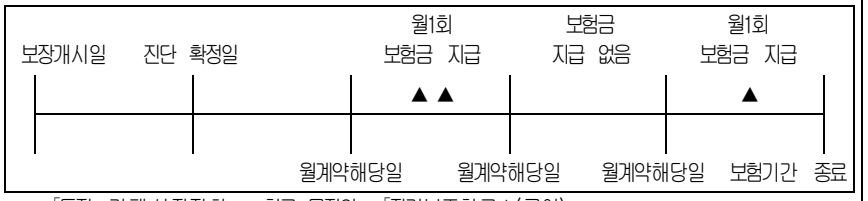
⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 경우 피보험자가 병원에서 다른 병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「특정 간·폐·신장질환」중환자실 입원에 대한 보험금이 지급되지 않습니다.

⑬ 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「장기보조치료Ⅰ(급여)」를 월1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 한번의 「장기보조치료Ⅰ(급여)」에 대한 보험금만 지급합니다.

⑭ 회사는 피보험자가 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「장기보조치료Ⅱ(급여)」를 월1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 한번의 「장기보조치료Ⅱ(급여)」에 대한 보험금만 지급합니다.

<보험금 지급 예시>



▲: 「특정 간·폐·신장질환」 치료 목적의 「장기보조치료Ⅰ(급여)」

[장기보조치료Ⅰ(급여) 지급 예시]

· 계약일 : 2025년 1월 15일, 월계약해당일 : 15일

- 진단확정일자 : 2026년 1월 1일, 치료일자 : 2026년 3월 1일, 3월 19일, 4월 14일

→ 2026.03.01 치료 : 보험금 지급대상 (월기준 : 2026.02.15 ~ 2026.03.14)

→ 2026.03.19 치료 : 보험금 지급대상 (월기준 : 2026.03.15 ~ 2026.04.14)

→ 2026.04.14 치료 : **보험금 지급대상 아님** (월기준 : 2026.03.15 ~ 2026.04.14)

⑮ 보험기간이 경과한 후 「장기보조치료Ⅰ(급여)」 또는 「장기보조치료Ⅱ(급여)」를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조 (특정 간·폐·신장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 간·폐·신장질환」이라 함은 한국표준질병 사인분류에 있어 [별표-질병관련74]특정 간·폐·신장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정 간·폐·신장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「특정 간·폐·신장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (특정 간·폐·신장질환 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」라 함은 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로써 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [별표-질병관련75]특정 간·폐·신장질환 수술 분류표에서 정한 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술 및 다빈도 수술 대상 수가코드에 해당하는 수술을 받은 경우
2. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
3. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [별표-질병관련76]특정 간·폐·신장질환 장기대체치료 분류표에서 정한 「에크모(ECMO)(급여)」 및 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 치료를 받은 경우
4. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [별표-질병관련77]특정 간·폐·신장질환 장기보조치료Ⅰ(급여) 분류표에서 정한 「장기보조치료Ⅰ(급여)」 및 [별표-질병관련78]특정 간·폐·신장질환 장기보조치료Ⅱ(급여) 분류표에서 정한 「장기보조치료Ⅱ(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 치료를 받은 경우

② 제1항의 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」는 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 제1호, 제3호 및 제4호의 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술, 다빈도 수술, 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여)는 진료비 세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료

급여수가의 기준 및 일반기준」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」이 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술, 다빈도 수술, 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여) 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 정하는 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술, 다빈도 수술, 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여)의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항 제3호 및 제4호의 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여)는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여「특정 간·폐·신장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확

보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-3-8. 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정 간·폐·신장질환」(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」를 받은 경우에는 각 치료행위별로 각각의 지급방식에 따라 아래에 정한 치료행위별 지급금액을 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%)(이하 「특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<보험가입금액 5천만원>

구분	치료행위	지급방식	지급금액	
			가입후 1년 미만	가입후 1년 이상
수술	이식수술	수술 1회당	1,000만원	2,000만원
	절제수술(이식제외)	수술 1회당	750만원	1,500만원
	특정수술	수술 1회당	250만원	500만원
	다빈도수술	수술 1회당	150만원	300만원
입원	중환자실 입원	연간1회한	250만원	500만원
장기 대체 치료	에크모(ECMO)(급여)	연간1회한	1,500만원	3,000만원
	지속적 신대체요법(CRRT)(급여)	연간1회한	500만원	1,000만원
장기 보조 치료	장기보조치료 I (급여) (투석(혈액, 복막), 인공호흡 , 혈장교환술)	월간1회한	25만원	50만원
	장기보조치료 II(급여) (천자(복수, 흉수), 특정배액술, 산소요법)	월간1회한	15만원	30만원

② 제1항의 특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도) 연간 총 지급액은 아래에 정한금액을 한도로 합니다.

구분	가입후 1년미만	가입후 1년이상
특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 제1항에서 「월간」이란 매월 월계약해당일로부터 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.

⑤ 제1항의 치료행위에 대한 보험금 지급 기준일은 각 치료행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」를 받은 경우에는 치료행위별로 각각의 지급방식에 한하여 지급합니다. 다만, 연간 총 지급액이 보험가입금액 한도를 초과한 경우에는 초과분에 해당하는 금액은 지급하지 않습니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 이식 수술의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 이식수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 이식 수술에 대한 보험금만 지급합니다.

④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 절제 수술(이식 제외)의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 절제수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 절제 수술(이식 제외)에 대한 보험금만 지급합니다.

⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 특정 수술의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 특정수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 특

정 수술에 대한 보험금만 지급합니다.

⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 다빈도 수술의 경우 회사는 피보험자가 하루에 두 종류 이상의 다빈도수술을 받은 경우에도 1회의 수술로 간주하여 한번의 다빈도 수술에 대한 보험금만 지급합니다.

⑦ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말하며, 그 외에 준중환자실이나 경중환자실 등을 포함하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)의 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하"신생아중환자실"이라한다)의 병상1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적 수액주입기를 갖추고, 병상수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압 모니터, 병상수의 30퍼센트 이상 개수의 인공 호흡기, 병상수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당연평균 1일입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

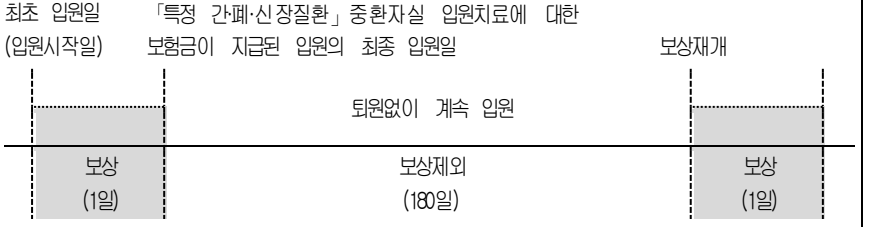
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

⑧ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 보험금의 지급기준일은 중환자실에 입원을 시작한 일자(이하「입원시작일」이라 합니다)를 기준으로 합니다.

⑨ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 경우 피보험자가 동일한 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 봅니다. 그러나 동일한 「특정 간·폐·신장질환」에 대한 입원이라도 중환자실 입원에 대한 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 「특정 간·폐·신장질환」중환자실 입원에 대한 보험금이 지급된「입원시작일」부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 「특정 간·폐·신장질환」중환자실 입원에 대한 보험금이 지급된 입원의 최종 입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<예시안내>

[보상기간]



(연간 1회한 한도 내에서 보장)

<예시안내>

동일한 '특정 간·폐·신장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우

날짜	구분	보장여부	사유
2026.3.1	보장개시일	-	
2027.3.5 ~3.30	중환자실 입원(1차)	지급	
2027.12.1 ~ 12.15	중환자실 입원(2차)	부지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (미충족)
2028. 3.15 ~ 3.30	중환자실 입원 (3차)	지급	1차 퇴원 후 180일 경과 (충족) 연간 1회한 한도 (충족)

⑩ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원에서 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 한 입원이란 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의해 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 「특정 간·폐·신장질환」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「특정

간·폐·신장질환」을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「특정 간·폐·신장질환」의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단된 경우에는 이는 「특정 간·폐·신장질환」의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

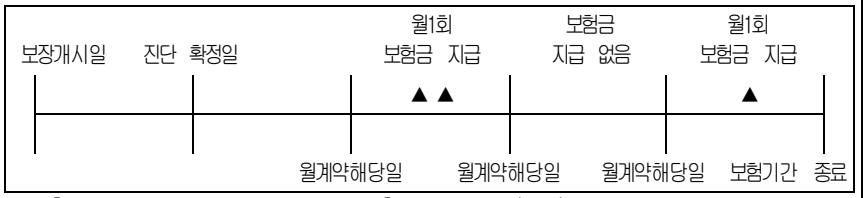
⑪ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 경우 피보험자가 병원에서 다른 병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 연간 1회에 한하여 보장합니다.

⑫ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 중환자실 입원의 경우 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않는 때에는 회사는 「특정 간·폐·신장질환」중환자실 입원에 대한 보험금이 지급되지 않습니다.

⑬ 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「장기보조치료Ⅰ(급여)」를 월1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 한번의 「장기보조치료Ⅰ(급여)」에 대한 보험금만 지급합니다.

⑭ 회사는 피보험자가 회사는 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 치료행위 중 「장기보조치료Ⅱ(급여)」를 월1회 이상 받은 경우에도 1회의 치료로 간주하여 한번의 「장기보조치료Ⅱ(급여)」에 대한 보험금만 지급합니다.

<보험금 지급 예시>



▲: 「특정 간·폐·신장질환」 치료 목적의 「장기보조치료Ⅰ(급여)」

[장기보조치료Ⅰ(급여) 지급 예시]

· 계약일 : 2025년 1월 15일, 월계약해당일 : 15일

- 진단확정일자 : 2026년 1월 1일, 치료일자 : 2026년 3월 1일, 3월 19일, 4월 14일

→ 2026.03.01 치료 : 보험금 지급대상 (월기준 : 2026.02.15 ~ 2026.03.14)

→ 2026.03.19 치료 : 보험금 지급대상 (월기준 : 2026.03.15 ~ 2026.04.14)

→ 2026.04.14 치료 : **보험금 지급대상 아님** (월기준 : 2026.03.15 ~ 2026.04.14)

⑮ 보험기간이 경과한 후 「장기보조치료Ⅰ(급여)」 또는 「장기보조치료Ⅱ(급여)」를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조 (특정 간·폐·신장질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 간·폐·신장질환」이라 함은 한국표준질병 사인분류에 있어 [별표-질병관련74]특정 간·폐·신장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「특정 간·폐·신장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「특정 간·폐·신장질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (특정 간·폐·신장질환 통합치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」라 함은 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로써 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [별표-질병관련75]특정 간·폐·신장질환 수술 분류표에서 정한 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술 및 다빈도 수술 대상 수가코드에 해당하는 수술을 받은 경우
2. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우
3. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [별표-질병관련76]특정 간·폐·신장질환 장기대체치료 분류표에서 정한 「에크모(ECMO)(급여)」 및 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 치료를 받은 경우
4. 「특정 간·폐·신장질환」으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 [별표-질병관련77]특정 간·폐·신장질환 장기보조치료Ⅰ(급여) 분류표에서 정한 「장기보조치료Ⅰ(급여)」 및 [별표-질병관련78]특정 간·폐·신장질환 장기보조치료Ⅱ(급여) 분류표에서 정한 「장기보조치료Ⅱ(급여)」 대상 수가코드에 해당하는 치료를 받은 경우

② 제1항의 「특정 간·폐·신장질환 통합치료」는 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

③ 제1항의 제1호, 제3호 및 제4호의 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술, 다빈도 수술, 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여)는 진료비 세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료

급여수가의 기준 및 일반기준」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」이 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술, 다빈도 수술, 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여) 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 정하는 이식 수술, 절제 수술(이식 제외), 특정 수술, 다빈도 수술, 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여)의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항 제3호 및 제4호의 에크모(ECMO)(급여), 지속적 신대체요법(CRRT)(급여), 장기보조치료Ⅰ(급여) 및 장기보조치료Ⅱ(급여)는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 (수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서「수술」이라 함은 의사에 의하여「특정 간·폐·신장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(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

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]
- 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.

제6조 (입원 및 통원의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확

보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

28-3-10. 특정 간·폐·신장질환 특정 약물치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「특정 간·폐·신장질환」(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 3대 주요약물치료(「DAA C형간염 약물치료(급여)」, 「항섬유화제 약물치료(급여)」 또는 「사구체신염 표적면역치료(급여)」)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 3대 주요약물치료비(연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 이식을 통해 「간·폐·신장 이식상태」로 진단확정되고 「면역억제 약물치료(급여)(경구)」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 면역억제 약물치료(급여)(경구)(연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 이식을 통해 「간·폐·신장 이식상태」로 진단확정되고 「면역억제 약물치료(급여)(주사)」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 면역억제 약물치료(급여)(주사)(연간1회한)(1년50%)로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

구분	대상질병	지급횟수	가입후 1년미만	가입후 1년이상
3대 주요약물치료	특정 간·폐·신장질환	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
면역억제 약물치료(급여)(경구)	간·폐·신장 이식상태	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의	이 특별약관 보험가입금액의
			50%	100%
면역억제 약물치료(급여)(주사)	간·폐·신장 이식상태	연간1회한	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특정 간·폐·신장질환 및 간·폐·신장 이식상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 간·폐·신장질환」이라 함은 한국표준질병 사인분류에 있어 [별표-질병관련74]특정 간·폐·신장질환 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「간·폐·신장 이식상태」라 함은 한국표준질병 사인분류에 있어 [별표-질병관련79]간·폐·신장 이식상태 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

③ 「특정 간·폐·신장질환」 및 「간·폐·신장 이식상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「특정 간·폐·신장질환」 및 「간·폐·신장 이식상태」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (DAA C형간염 약물치료(급여), 항섬유화제 약물치료(급여), 사구체신염 표적면역치료(급여), 면역억제 약물치료(급여)(경구) 및 면역억제 약물치료(급여)(주사)의 정의)

① 이 특별약관에서 「DAA C형간염 약물치료(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자가 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로

「DAA(Direct Acting Antivirals) C형간염 약물치료제」를 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

② 이 특별약관에서 「항섬유화제 약물치료(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자가 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「항섬유화제 약물치료제」를 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

③ 이 특별약관에서 「사구체신염 표적면역치료(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자가 「특정 간·폐·신장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「사구체신염 표적면역치료제」를 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

④ 이 특별약관에서 「면역억제 약물치료(급여)(경구)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자가 「간·폐·신장 이식상태」에서 「면역억제 약물치료제(경구)」를 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

⑤ 이 특별약관에서 「면역억제 약물치료(급여)(주사)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자가 「간·폐·신장 이식상태」에서 「면역억제 약물치료제(주사)」를 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

⑥ 이 특별약관에서 「DAA(Direct Acting Antivirals) C형간염 약물치료제」라 함은 C형간염 바이러스 단백질에 직접 작용하는 항바이러스제로써 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

⑦ 이 특별약관에서 「항섬유화제 약물치료제」라 함은 특발성 폐섬유증 등의 치료를 위한 치료제로써 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

⑧ 이 특별약관에서 「사구체신염 표적면역치료제」라 함은 B세포를 표적으로 하여 사구체신염을 치료하기 위한 생물학적 제제로써 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

⑨ 이 특별약관에서 「면역억제 약물치료제(경구)」라 함은 간·폐·신장 이식 후 면역 반응을 억제하기 위한 칼시뉴린 억제제(CNIs), 세포증식 억제제 및 mTOR 억제제 중 내복약(경구)에 해당하는 약제로써 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

⑩ 이 특별약관에서 「면역억제 약물치료제(주사)」라 함은 간·폐·신장 이식 후 면역 반응을 억제하기 위한 칼시뉴린 억제제(CNIs) 및 유도요법제 중 주사제에 해당하는 약제로써 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

<유의사항>

[DAA(Direct Acting Antivirals) C형간염 약물치료제 해당 성분 예시]

성분명은 '효능효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- Sofosbuvir
- Ledipasvir
- Pibrentasvir
- Velpatasvir
- Glecaprevir
- Voxilaprevir

[항섬유화제 약물치료제 해당 성분]

- Pirfenidone
- Nintedanib Esilate

[사구체신염 표적면역치료제 해당 성분]

- rituximab
- belimumab

[면역억제 약물치료제(경구) 해당 성분]

- Cyclosporine
- Tacrolimus
- Mycophenolate Mofetil
- Mycophenolic Acid
- Azathioprine
- Mizoribine
- Everolimus
- Sirolimus

[면역억제 약물치료제(주사) 해당 성분]

- Cyclosporine

- Tacrolimus
- Basiliximab
- Antilymphocyte immunoglobuline

※ 상기 치료제 해당 성분명은 2026년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

※ 상기 성분명에 해당하는 의약품이라 하더라도 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우에만 「DAA(Direct Acting Antivirals) C형간염 약물치료제」, 「항섬유화제 약물치료제」, 「사구체신염 표적면역치료제」, 「면역억제 약물치료제(경구)」 및 「면역억제 약물치료제(주사)」로 인정합니다.

⑪ 제1항 내지 제5항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

⑫ 제1항 내지 제5항에도 불구하고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정으로 급여 판정이 변경 되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 약물치료증명서(의약품명 혹은 의약품성분이 기재된 서류(의사소견서 또는 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

29.[갱신형] 무배당 특정검사 및 치료 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

29-1. 질병 관련 특별약관

29-1-2. [갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「독감(인플루엔자)」(으)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「독감 항바이러스제」를 처방받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 [갱신형]독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(1년50%)(이하 「독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
독감 항바이러스제 처방시	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「독감(인플루엔자)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「독감(인플루엔자)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



③ 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (독감(인플루엔자) 및 독감 항바이러스제의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「독감(인플루엔자)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련24]독감(인플루엔자) 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

② 「독감(인플루엔자)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「독감(인플루엔자)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 「독감 항바이러스제」라 함은 「독감(인플루엔자)」의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 「효능·효과」 항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

<유의사항>

[독감 항바이러스제 해당 성분명 안내]

성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 오셀타미비르(oseltamivir)
- 자나미비르(zanamivir)
- 페라미비르(peramivir)
- 발록사비르(baloxavir)

※ 상기 독감 항바이러스제 해당 성분명은 2020년 7월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

<유의사항>

[식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」 확인 방법]
식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(「독감 항바이러스제」 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제6조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

29-1-3. [갱신형] 질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」을 받은 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%)(이하 「질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년미만	가입후 1년이상	
특정마취(급여)를 받은 경우(연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
특정수혈(급여)을 받은 경우(연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 제1항의 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제3조(특정마취(급여) 및 특정수혈(급여)의 정의) 제1항 및 제2항에서 정한 행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특정마취(급여) 및 특정수혈(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정마취(급여)」라 함은 [별표-상해관련15]특정마취(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등은 포함되지 않습니다.

② 이 특별약관에서 「특정수혈(급여)」이라 함은 [별표-상해관련16]특정수혈(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>
[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 마취 또는 수혈한 경우(O00~O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)

③ 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)에 대하여는 보상하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 마취 및 수혈은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않은 단순 포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 및 수혈
   가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등
   나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
   다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
   라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
7. 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우

④ 회사는 다음에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1.「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(진료행위코드 EA001~EA004)에 해당하는 진료행위를 받는 경우
2.「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 정한 조혈모세포의 주입(진료행위코드 X5131~X5137)을 받는 경우
3.「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 정한 동종 공여자 림프구 주입(진료행위코드 X5051)을 받는 경우
4. 자가수혈

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

29-1-14. [갱신형] 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

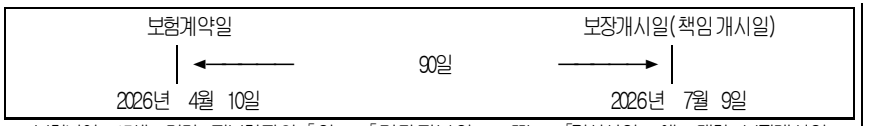
① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다)중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 진단확정된 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 입원 중에 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「암 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 암 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
암 특정재활치료비(급여)(1일1회한, 연간20회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)는 연간 발생한 「입원 암 특정재활치료(급여)」와 「통원 암 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 20회 한도로 지급합니다.

④ 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

⑤ 제1항의 「암 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제5조(암 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 암 특정재활치료(급여)를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1]악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」 또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」 의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」또는 「갑상선암」 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

· C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제5조 (암 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서「암 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련45]암 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의「암 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료 중,「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료 완료 후「암」,「기타피부암」또는「갑상선암」치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문 재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장해를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의「암 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고,「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의「암 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 암, 기타피부암 및 갑상선암에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제3항에서 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

29-1-16. [갱신형] 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 「2대질병」으로 진단이 확정되고, 입원 중에 「2대질병 특정재활치료(급여)」(이하 「입원 2대질병 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 「2대질병 특정재활치료(급여)」(이하 「통원 2대질병 특정재활치료(급여)」라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%)(이하 「2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한, 연간90회한)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	가입후 1년 미만	가입후 1년이상	
2대질병 특정재활치료비(급여) (1일1회한, 연간90회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 2대질병 특정재활치료비(급여)는 연간 발생한 「입원 2대질병 특정재활치료(급여)」와 「통원 2대질병 특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 최대 90회 한도로 지급합니다.

③ 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

④ 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제5조(2대질병 특정재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 2대질병 특정재활치료(급여)를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 진단서 상의 분류번호는 「한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서」(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정하며, 신생아에게 적용하는 질병분류번호는 보상하지 않습니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (2대질병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「2대질병」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중」 및 「급성심근경색증」으로 분류되는 질병을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련4]뇌졸중 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 [별표-질병관련5]급성심근경색증 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

④ 「뇌졸중」의 진단확정은 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할

수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 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

⑤ 「급성심근경색증」의 진단확정은 의사에 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 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조 (2대질병 특정재활치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「2대질병 특정재활치료(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정되는 경우로서 [별표-질병관련46] 2대질병 특정재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」라 함은 의사의 관리 하에 치료 목적의 「2대질병」치료 중, 「2대질병」치료 완료 후 「2대질병」치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장해를 전문재활인력이 진단, 평가 및 치료하여 신체적, 심리적, 사회적 상태를 최적의 수준으로 향상 및 유지하고 추후 발생할 수 있는 장기적 장애를 최소화시키는 과정을 말합니다.

③ 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항의 「2대질병 특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

29-1-17. [갱신형] 암 MRI·PET·CT·초음파 검사비(연간1회한)(1년 50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)는 제외하며, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 제5조(「자기공명영상(MRI) 검사」, 「양전자방출단층촬영(PET) 검사」, 「전산화단층촬영(CT) 검사」 및 「초음파 검사」의 정의)에서 정한 자기공명영상(MRI) 검사를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 MRI 검사비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암 MRI 검사비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 회사는 피보험자가 보험기간 중 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 제5조(「자기공명영상(MRI) 검사」, 「양전자방출단층촬영(PET) 검사」, 「전산화단층촬영(CT) 검사」 및 「초음파 검사」의 정의)에서 정한 양전자방출단층촬영(PET) 검사를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 PET 검사비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암 PET 검사비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 제5조(「자기공명영상(MRI) 검사」, 「양전자방출단층촬영(PET) 검사」, 「전산화단층촬영(CT) 검사」 및 「초음파 검사」의 정의)에서 정한 전산화단층촬영(CT) 검사를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 CT 검사비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년 미만	가입후 1년 이상	
암 CT 검사비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 제5조(「자기공명영상(MRI) 검사」, 「양전자방출단층촬영(PET) 검사」, 「전산화단층촬영(CT) 검사」 및 「초음파 검사」의 정의)에서 정한 초음파 검사를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 초음파 검사비(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

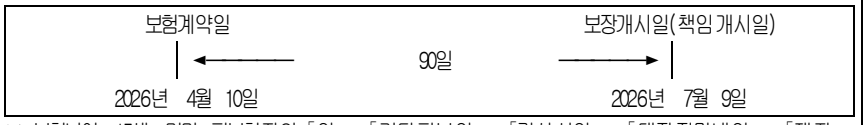
구 분	최초계약		갱신계약
	보장개시일(책임개시일)부터 가입 후 1년미만	가입후 1년이상	
암 초음파 검사비 (연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%

⑤ 제1항 내지 제4항의 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「대장점막내암」, 「제

자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 단, 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

<예시안내>

[보험나이 15세 이상 피보험자의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 보험나이 15세 미만 피보험자의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다.

⑥ 제1항 내지 제4항에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)(이하「악성신생물」이라 합니다)로 분류되는 질병([별표-질병관련1] 악성신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는「전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)」는 제외합니다.

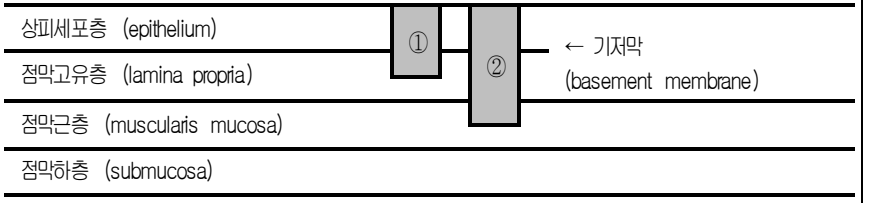
② 이 특별약관에서「기타피부암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특별약관에서「갑상선암」이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.

④ 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

⑤ 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy)[단, 「갑상선암」의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑥ 제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「암」,「기타피부암」,「갑상선암」또는「대장점막내암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

<유의사항>

C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 원발부위의 암이 완치되었다면 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세 불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조 (제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「제자리암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련2]제자리신생물 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 대장점막내암은 제외합니다.

② 이 특별약관에서「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병([별표-질병관련3]행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 참조)을 말합니다.

③ 「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인생검(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<예시안내>

[진단이 가능하지 않을 때 예시]

·피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유 없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

·종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제5조 (「자기공명영상(MRI) 검사」,「양전자방출단층촬영(PET) 검사」,「전산화단층촬영(CT) 검사」및「초음파 검사」의 정의)

① 이 특별약관에서「자기공명영상(MRI) 검사」,「양전자방출단층촬영(PET) 검사」,「전산화단층촬영(CT) 검사」및「초음파 검사」라 함은 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 또는 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에 따라 피보험자의「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 후 그「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 각각 자기공명영상(MRI) 검사, 양전자방출단층촬영(PET) 검사, 전산화단층촬영(CT) 검사 및 초음파 검사(Ultrasonography)를 받은 경우를 말합니다. 다만, PET-MRI와 PET-CT는 양전자방출단층촬영(PET)에 포함되며, 각각 자기공명영상(MRI)과 전산화단층촬영(CT)에서 제외됩니다.

【용어풀이】

[자기공명영상(MRI)]

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[양전자방출단층촬영(PET)]

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법. 촬영 방법에 따라 PET-Scan, PET-CT, PET-MRI가 있으며, PET-CT 검사는 PET 검사장비에 CT장비를 장착한 이중 영상진단법이며, PET-MRI 검사는 PET 검사장비에 MRI장비를 장착한 이중 영상진단법

[전산화단층촬영(CT)]

X-선을 인체에 투과한 후 그 흡수차이를 컴퓨터로 재구성하여 인체의 단면영상을 얻거나 3차원적인 입체 영상을 얻는 영상검사법

[초음파검사(Ultrasonography)]

인체에 무해한 초음파(음파의 일종)를 인체에 투과시킨 후 반사되는 초음파를 측정하여 영상을 얻는 검사법

② 제1항에도 불구하고「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」의 진단확정 이전 검사라 하더라도, 그 검사 결과 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 내지 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)에 따라「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」으로 진단확정이 된 경우에는 보험금을 지급합니다.

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서, 진료기록부(검사기록지 포함), 전산화단층촬영(CT) 소견서, 자기공명영상(MRI) 소견서, PET검사결과지, 초음파 소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제5항에서 정한「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제4항에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한 제자리암, 경계성종양으로 진단확정되는 경우. 다만, 제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」,「제자리암」또는「경계성종양」에 대한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제4항에서 정한 「암」,「기타피부암」,「갑상선암」,「대장점막내암」또는 제4조(제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정) 제1항 내지 제2항에서 정한「제자리암」,「경계성종양」으로 진단확정되는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제8조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제9조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제 5항을 적용합니다. 다만, 부활(효력회복)일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제10조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

29-2. 상해 관련 특별약관

29-2-1. [갱신형] 상해 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해의 직접적인 결과로써 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」을 받은 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 상해 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정마취(급여)를 받은 경우(연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
특정수혈(급여)을 받은 경우(연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

③ 제1항의 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제3조(특정마취(급여) 및 특정수혈(급여)의 정의) 제1항 및 제2항에서 정한 행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (특정마취(급여) 및 특정수혈(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정마취(급여)」라 [별표-상해관련15]특정마취(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다. 단, 치과마취, 신경차단술, 신경파괴술, 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취 등은 포함되지 않습니다.

② 이 특별약관에서 「특정수혈(급여)」이라 [별표-상해관련16]특정수혈(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 「특정마취(급여)」 및 「특정수혈(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 다음 중 어느 한 가지 목적의 치료를 위한 상해 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 마취 및 수혈
   가. 쌍거풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개

선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술. 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

③ 회사는 다음에 해당하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1.「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 정한 진정내시경 환자관리료 I~IV(진료행위코드 EA001~EA004)에 해당하는 진료행위를 받는 경우

2.「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 정한 조혈모세포의 주입(진료행위코드 X5131~X5137)을 받는 경우

3.「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 정한 동종 공여자 림프구 주입(진료행위코드 X5051)을 받는 경우

4. 자가수혈

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

29-3. 상해 및 질병 관련 특별약관

29-3-2. [갱신형] 재활치료비(급여)(1일1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 발생한 상해의 치료 또는 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원 또는 통원하여 「재활치료(급여)」를 받은 경우 아래에 정한 보장구분별로 각각 1일 1회, 연간 12회에 한하여 아래에 정한 금액을 재활치료비(급여)(1일1회한)(1년50%)(이하 「재활치료비(급여)(1일1회한)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

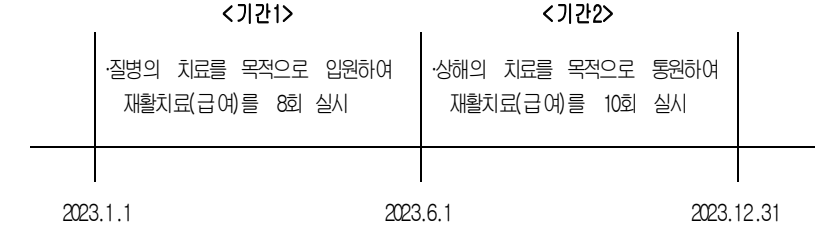
보장구분	보험금 지급사유
상해 및 질병 재활치료(A)	상해 및 질병의 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 「재활치료(급여)」를 받은 경우(1일 1회, 연간 12회한)
상해 외래 재활치료(B)	상해의 치료를 목적으로 통원하여 「재활치료(급여)」를 받은 경우(1일 1회, 연간 12회한)

보장구분		최초계약		갱신계약
		가입후 1년미만	가입후 1년 이상	
상해 및 질병 재활치료(A)	질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	상해	이 특별약관 보험가입금액의 100%		
상해 외래 재활치료(B)		이 특별약관 보험가입금액의 100%		

<예시안내>

[지급회수 계산]

·계약일 : 2023년 1월 1일



<기간1>	·상해 및 질병 재활치료(A) 지급횟수 8회
<기간2>	·상해 및 질병 재활치료(A) 지급횟수 4회 + 상해 외래 재활치료(B) 지급횟수 10회

② 제1항에서 「연간」이라 함은 최초계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

③ 제1항의 「재활치료(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(재활치료(급여)의 정의) 제1항에서 정한 재활치료(급여)를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (입원 및 통원의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조 (재활치료(급여) 의 정의)

① 이 특별약관에서 「재활치료(급여)」 라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 [별표-상해및질병관련7]재활치료(급여) 분류표에서 정한 급여 진료행위를 말합니다.

② 제1항의 「재활치료(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만,「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「재활치료(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「재활치료(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 「재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)
2. 정신 및 행동장애(F00~F99)
3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제6조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료확인서(“재활치료의 원인” 필수기재), 진단서, 진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

29-3-8. [갱신형] 3대특정검사(생검,골수, 내시경) 지원비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「3대특정검사(급여)」를 받은 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 3대특정검사(생검,골수,내시경) 지원비(급여)(연간1회한)(1년50%)(이하 「3대특정검사(생검,골수,내시경) 지원비(급여)(연간1회한)」이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병으로 「3대특정검사(급여)」를 받은 경우

구 분		최초계약		갱신계약
		보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만	가입후 1년이상	
3대특정검사(급여)	특정생검(급여)을 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 30%	이 특별약관 보험가입금액의 60%	이 특별약관 보험가입금액의 60%
	골수검사(급여)를 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관 보험가입금액의 100%	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	특정내시경(급여)을 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 30%	이 특별약관 보험가입금액의 60%	이 특별약관 보험가입금액의 60%

2. 상해로 「3대특정검사(급여)」를 받은 경우

구 분		지급금액
3대특정검사(급여)	특정생검(급여)을 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 60%
	골수검사(급여)를 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	특정내시경(급여)을 받은 경우 (연간 1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 60%

② 제1항의 「3대특정검사(급여)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해를 직접적인 원인으로 「3대특정검사(급여)」를 받은 경우에는 보험계약일을 「3대특정검사(급여) 보장개시일(책임개시일)」로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「3대특정검사(급여)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 상해를 직접적인 원인으로 「3대특정검사(급여)」를 받은 경우에는 「3대특정검사(급여) 보장개시일(책임개시일)」은 보험계약일로 합니다.

③ 제1항의 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

④ 제1항의 「3대특정검사(급여)」에 대한 보험금 지급기준일은 제3조(3대특정검사(급여)의 정의) 제2항 내지 제4항에서 정한 행위를 시행한 일자를 기준으로 합니다.

⑤ 제1항의 「3대특정검사(급여)」는 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하

는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (3대특정검사(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「3대특정검사(급여)」라 함은 「특정생검(급여)」, 「골수검사(급여)」 및 「특정내시경(급여)」을 총칭합니다.

② 이 특별약관에서 「특정생검(급여)」이라 함은 [별표-상해및질병관련8]특정생검(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다. 단, 수술 중 발생한 절제생검(excisional biopsy)과 수술 중 응급동결절편검사(emergency frozen section biopsy)는 포함되지 않습니다.

③ 이 특별약관에서 「골수검사(급여)」라 함은 [별표-상해및질병관련9]골수검사(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다. 단, 공여자로서 시행하는 골수검사의 경우 보장되지 않습니다.

<용어풀이>

[공여자]
혈액, 세포, 조직 또는 장기를 다른 사람에서 사용할 수 있도록 제공하는 사람을 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「특정내시경(급여)」이라 함은 [별표-상해및질병관련10]특정내시경(급여) 분류표에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

⑤ 제2항 내지 제4항의 「3대특정검사(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「3대특정검사(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「3대특정검사(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑦ 「3대특정검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 일반사항 제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

② 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병으로 인한 「특정생검(급여)」에 대하여는 보상하지 않습니다.

1. 남성불임(N46)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98). 단, 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 병리검사결과지, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제7조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제8조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

31.[갱신형] 무배당 치매 및 장기요양 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

31-1. 상해 및 질병 관련 특별약관

31-1-1. [갱신형] 치매 진단비Ⅱ 지원(중등도이상:CDR 2점 이상) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

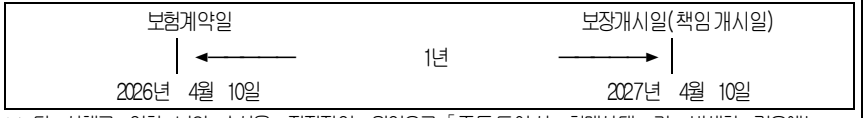
제1조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제2항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「중등도이상 치매상태」로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 치매 진단비Ⅱ 지원(중등도이상:CDR2점 이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중등도이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「치매 진단비Ⅱ 지원(중등도이상:CDR2점이상)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「중등도이상 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험기간 중 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)에 따라 「치매」로 진단 확정되고 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 2점이상에 해당하는 상태가 발생했으나 「중등도이상 치매상태」로 진단확정되지 않고 보험기간이 끝났을 때에도, 그 상태가 90일 이상 계속되어 「중등도이상 치매상태」로 진단확정된 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 치매 진단비Ⅱ 지원(중등도이상:CDR2점이상) 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]

100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제3조 (중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「중등도이상 치매상태」라 함은 보험기간 중 보장개시일(책임개시일) 이후에 「치매」로 진단확정 되고, 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

② 제1항에서 정한 「치매」라 함은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

③ 제1항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)의 검사결과가 2점이상에 해당되는 상태로서 그 상태가 보장개시일 이후에 발생하고(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다), 그 상태가 발생한 시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중등도이상 치매상태」로 진단확정될 수 있습니다.

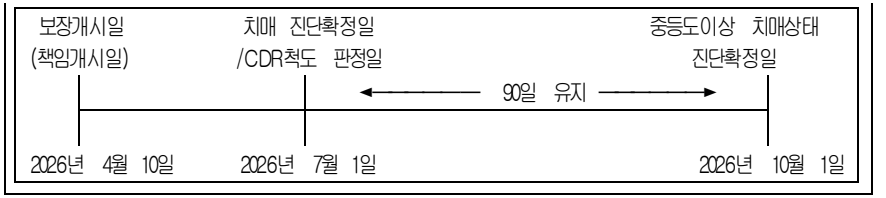
<용어풀이>

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)]

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

<예시안내>

[「중등도이상 치매상태」에 대한 진단확정일 계산]



④ 제1항의 「중등도이상 치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의의 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 「중등도이상 치매상태」를 진단할 수 있습니다.「중등도이상 치매상태」의 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의「중등도이상 치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

⑤ 회사는 「중등도이상 치매상태」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 「중등도이상 치매상태」의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(중등도이상 치매상태 진단서, CDR 검사결과지, 진료기록차트, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 2점이상에 해당하는 상태가 된 경우. 다만, 제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한「치매」로 진단 확정되거나, 제3조(중등도이상 치매상태의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년) 검사결과 1점이상에 해당하는 상태가 된 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에

따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치매 진단비Ⅱ 지원(중등도이상:CDR2점 이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제8조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항을 적용합니다.

제9조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제10조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제11조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제11조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제12조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제13조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제9조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제13조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 14 조 (특별약관의 자동갱신)
이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

31-1-2. [갱신형] 표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (보장의 범위)

이 특별약관은 「[갱신형]표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(최초1회한)」, 「[갱신형]표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(7회이상,최초1회한)」, 「[갱신형]표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(13회이상,최초1회한)」 및 「[갱신형]표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(19회이상,최초1회한)」의 총 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

제2조 (보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「최경증 치매상태」또는 「경증알츠하이머 치매상태」로 진단확정되고, 「아밀로이드베타양성상태」로 판정받아 「표적치매약물허가치료」를 1회 이상 받은 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(1회이상)(이하 「표적치매약물허가 치료비(1회이상)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「최경증 치매상태」또는 「경증알츠하이머 치매상태」로 진단확정되고, 「아밀로이드베타양성상태」로 판정받아 「표적치매약물허가치료」를 7회이상 받은 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(7회이상)(이하 「표적치매약물허가 치료비(7회이상)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「최경증 치매상태」또는 「경증알츠하이머 치매상태」로 진단확정되고, 「아밀로이드베타양성상태」로 판정받아 「표적치매약물허가치료」를 13회이상 받은 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(13회이상)(이하 「표적치매약물허가 치료비(13회이상)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

④ 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 제5항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「최경증 치매상태」또는 「경증알츠하이머 치매상태」로 진단확정되고, 「아밀로이드베타양성상태」로 판정받아 「표적치매약물허가치료」를 19회이상 받은 경우 최초 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관 해당 세부보장의 보험가입금액을 표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매)(19회이상)(이하 「표적치매약물허가 치료비(19회이상)」라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

<지급 예시>

· 표적치매약물허가 치료비(1회이상) : 200만원
표적치매약물허가 치료비(7회이상) : 300만원
표적치매약물허가 치료비(13회이상) : 500만원
표적치매약물허가 치료비(19회이상) : 1,000만원 가입 기준

① 총 20회 투여 간 5회차 투여 후 1차 청구, 20회차 투여 후 2차 청구
- 1차 청구 시 지급액 : 200만원
- 2차 청구 시 지급액 : 1,800만원(300만원 + 500만원 + 1,000만원)

② 총 20회 투여 간 20회차 투여 후 1차 청구
- 1차 청구 시 지급액 : 2,000만원(200만원 + 300만원 + 500만원 + 1,000만원)

⑤ 제1항 내지 제4항의 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「최경증 치매상태」 또는 「경증알츠하이머 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

「최경증 치매상태」 또는 「경증알츠하이머 치매상태」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산



※ 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 「최경증 치매상태」 또는 「경증알츠하이머 치매상태」가 발생한 경우에는 보험계약일을 보장개시일(책임개시일)로 합니다.

제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<관련법규>

[의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원]
100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둔 병원을 말합니다.

제4조 (최경증치매상태 등의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「최경증치매상태」라 함은 피보험자가 「치매」로 진단확정되고, 「최경증 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「최경증이상 치매상태」라 함은 피보험자가 「치매」로 진단확정되고, 「최경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

③ 이 특별약관에서 「중등도이상 치매상태」라 함은 피보험자가 「치매」로 진단확정되고, 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

④ 이 특별약관에서 「경증알츠하이머 치매상태」라 함은 피보험자가 「알츠하이머치매」로 진단확정되고, 「경증 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.

⑤ 제1항 내지 제 3항의 「치매」라 함은 다음 각 호에 모두 해당되는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제2항 제1호에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

⑥ 제4항에서 정한 「알츠하이머치매」라 함은 다음 각 호에 모두 해당되고, 한국표준질병·사인분류에 있어 [별표-상해및질병관련17]알츠하이머치매 분류표에서 정한 질병을 말합니다.

1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장해에 의해 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

⑦ 제1항의 「최경증 인지기능의 장애」, 제2항의 「최경증이상 인지기능의 장애」, 제4항의 「경증 인지기능의 장애」 및 제3항의 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 각각 0.5점, 0.5점 이상, 1점 및 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당하는 상태를 말합니다.

<용어풀이>

[CDR척도(Clinical dementia rating scale,2001년)]
치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

⑧ 「최경증치매상태」, 「최경증이상 치매상태」, 「중등도이상 치매상태」 및 「경증알츠하이머 치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 치매전문의의 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해집니다. 다만, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

⑨ 회사는 「최경증치매상태」, 「최경증이상 치매상태」, 「중등도이상 치매상태」 및 「경증알츠하이머 치매상태」의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조 (아밀로이드베타양성상태의 정의)

① 이 특별약관에서 「아밀로이드베타양성상태」라 함은 아밀로이드베타 단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 양전자방출단층촬영(PET)검사 결과 30 센틸로이드(Centiloid) 이상
2. 뇌척수액(Cerebrospinal fluid) 검사결과 양성(Positive)
3. 혈액검사 결과 양성(Positive)

<용어풀이>

[아밀로이드베타]
알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36~43개의 아미노산 펩타이드
[양전자방출단층촬영(PET)검사]
양전자를 방출하는 방사성의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법을 진단에 이용하는 검사
[센틸로이드(Centiloid)]

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가짐
[뇌척수액(Cerebrospinal fluid)검사]]
뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 확인하는 검사
[혈액검사]
혈액바이오마커를 활용하여 이상 유무를 확인하는 검사

② 「아밀로이드베타양성상태」의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층촬영(PET)검사, 뇌척수액검사 또는 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제6조 (아밀로이드베타 표적약물허가치료제 및 표적치매약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 침착된 아밀로이드베타 단백질을 제거하기 위한 치료제로써 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

<유의사항>

[아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분 안내]

성분명은 '효능효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 레카네맙(lecanemab)

※ 상기 표적약물허가치료제 해당 성분명은 2025년 12월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

② 이 특별약관에서 「표적치매약물허가치료」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신과 또는 신경정신과 전문의 자격증을 가진 자가 「최경증 치매상태」또는 「경증알츠하이머 치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 정해진 용법용량에 따라 1회 투여 또는 투약하여 치료하는 것을 말하며, 의사의 관리하에 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

<유의사항>

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

· 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 및 「용법용량」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) - 의약품 검색

<예시안내>

[용법용량에 따른 1회 투여 또는 투약]

· 식품의약품안전처 허가 내 「용법용량」이 다음과 같은 경우 용법용량에 따른 1회투여 예시
- 제품명 : 레켐비주(레카네맙), 권장용량 : 10mg/kg, 투여주기 : 2주에 1회
투여방법(1회) : 약 1시간에 걸쳐 권장용량을 정맥(IV) 주입으로 투여

(예1) 60kg의 피보험자가 600mg의 약물을 2주간격으로 약 1시간에 걸쳐 정맥(IV) 주입으로 투여
(예2) 90kg의 피보험자가 900mg의 약물을 2주간격으로 약 1시간에 걸쳐 정맥(IV) 주입으로 투여

※ 상기 레켐비주(레카네맙)에 대한 예시는 2025년 12월 기준이며, 향후 식품의약품안전처를 통해 1회투여 기준이 변경되거나 새로운 기준의 약품이 나올 경우 상기 예시에 준하는 수준을 1회 투여로 인정합니다.

③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우를 말하며, 투여 또는 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.

제7조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서(CDR척도 및 KCD코드 기재), 「아밀로이드베타양성상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 치매약물치료증명서(「표적약물허가치료제」처방여부 및 의약품명이 기재된 서류(진단서, 의사소견서 또는 의사처방전(처방조제비)) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조 (특별약관의 무효)

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제1항
2. 피보험자가 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(최경증치매상태 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「최경증이상 치매상태」로 진단 확정된 경우. 다만, 제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 의하여 부활(효력회복)된 특별약관의 부활(효력회복)일부터 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 보장개시일(책임개시일)의 전일 이전에 제4조(최경증치매상태 등의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 「최경증이상 치매상태」가 된 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 부활(효력회복)일 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 부활(효력회복)일 이후부터 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항 제2호에 해당하지 않는 사유로 계약자가 특별약관 일반사항 제22조(특별약관의 무효) 제2항에 따라 계약의 취소를 선택한 때에는 이 특별약관도 취소되며, 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다.

제10조 (특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 「표적치매약물허가 치료비(1회이상)」, 「표적치매약물허가 치료비(7회이상)」, 「표적치매약물허가 치료비(13회이상)」 또는 「표적치매약물허가 치료비(19회이상)」를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 세부보장별로 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 세부보장별로 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 회사가 제1항에 따라 「표적치매약물허가 치료비(1회이상)」, 「표적치매약물허가 치료비(7회이상)」, 「표적치매약물허가 치료비(13회이상)」 및 「표적치매약물허가 치료비(19회이상)」를 각 1회씩 총 4회 지급한 때에는 최종 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

③ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(보험금의 지급사유) 제5항에 정한 보장개시일 이후에 「중등도이상 치매상태」로 진단확정되어 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 「중등도이상 치매상태」 발생 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제11조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 특별약관 일반사항 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제4항을 적용합니다.

제12조 (지정대리청구 적용대상)

지정대리청구는 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제13조 (지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한,

지정대리청구인은 제14조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제12조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 지정할 수 없습니다.

제14조 (지정대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 이 특별약관의 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

② 제1항에도 불구하고 보험금 지급사유가 발생된 이후에는 지정대리청구인을 변경 지정할 수 없습니다.

제15조 (지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제16조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제12조(지정대리청구 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제16조 (지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 17 조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

33.[갱신형] 무배당 기타 비용 및 배상책임 보장 특별약관군(2601)

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

33-1. 비용손해 관련 특별약관

33-1-3. [갱신형] 가족 일상생활중 배상책임III 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 피보험자 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

② 보상 관련 용어

1. 배상책임 : 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
2. 보상한도액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 보험금의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
3. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
4. 보험금 분담 : 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
5. 대위권 : 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
6. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

<용어풀이>

[공제계약]

유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.

제3조 (보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 열거한 사고(이하 「사고」라 합니다)로 타인의 신체에 피해를 입혀 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다)을 부담하거나 타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 주거하는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

<용어풀이>

[유익하였던 비용]
물건의 개량·이용을 위하여 지출되는 비용으로, 물건의 가치를 증가시키는 데 도움이 되는 비용을 말합니다.
[공탁보증보험료]
가압류, 가집행, 가처분 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품을 공탁보증보험이라 하며, 이 보험에 가입하기 위해 필요한 보험료를 공탁보증보험료라 말합니다.

③ 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.
1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자 (이하 「배우자」라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거 친족(민법 제 777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

<관련법규>
[민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위]
8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

④ 제3항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.
⑤ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.
⑥ 제4조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제5항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제4조 (보상하지 않는 손해)

① 회사는 피보험자가 아래와 같은 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

<용어풀이>
[핵연료물질]
사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질]
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 피보험자가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 피해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 이를 적용하지 않습니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

<유의사항>
이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행

보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)도 차량에 포함됩니다.

10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임
12. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
13. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
14. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제5조 (손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호 및 제2호 다.목 또는 라.목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제6조 (보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 기본계약 약관의 [별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

제8조 (보험금의 지급한도)

① 제3조(보상하는 손해) 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임」은 누수사고인 경우 50만원, 누수사고 이외의 사고인 경우 20만원,「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는「대물 배상책임」및「대인 배상책임」손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가.목, 나.목 또는 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다.목 또는 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 이 특별약관에서 누수사고라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급수설비 및 배수설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급수설비 및 배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 「대물 배상책임」및「대인 배상책임」이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 「대물 배상책임」및「대인 배상책임」중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 「대물 배상책임」및「대인 배상책임」보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제9조 (의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제10조 (보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제11조 (손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

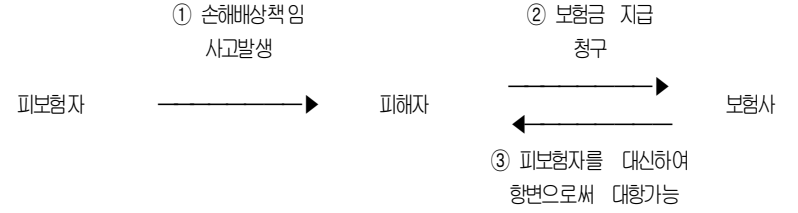
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제12조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

<예시안내>

[손해배상청구에 대한 회사의 해결]



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제13조 (합의·절충·중재·소송의 협조· 대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행

하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

<용어풀이>

[보상책임을 지는 한도]

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제14조 (대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상 청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

<예시안내>

제3자의 귀책사유로 손해가 발생한 상황에서 회사가 1,000만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 1,000만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 1,000만원을 제외한 나머지 손해금액에 대한 손해배상청구권을 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제15조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

<예시안내>

[보험금을 나누어 지급받을 경우]

보험금: 6천만원, 보험금 지급일자: 2024년 4월 1일 일때 보험금을 일시에 지급받지 않고 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급액
2024년 4월 1일	2천만원
2025년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2026년 4월 1일	2천만원 × $(1 + 평균공시이율)^2$

제16조 (주소변경통지)

① 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 피보험자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제17조 (계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알

고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다.

<관련법규>

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제18조 (계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제19조 (알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제18조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관을 해지하였을 때에는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 손해가 제1항의 사실로 생긴 것임을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제20조 (양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만,

의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제21조 (사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 이 계약의 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 계약을 취소할 수 있습니다.

제22조 (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제23조 (특별약관 내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 기본계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 제1항에 따라 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 특별약관이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보상한도액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조 (조사)

① 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제25조 (타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

<용어풀이>

[타인을 위한 계약]

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제26조 (특별약관의 소멸)

피보험자 본인이 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제27조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 이 특별약관의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

<용어풀이>

[보장개시일]

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제17조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제4조(보상하지 않는 손해), 제19조(알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약) 및 제22조(특별약관의 무효)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제28조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기 간이 끝나는 날의 다음날에 특별약관이 해지된다는 내용
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 특별약관이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날 까지로 합니다.

③ 타인을 위한 계약의 경우 특정된 타인에게도 제1항 및 제2항에 따른 내용을 알려 드립니다.

④ 보험료 납입이 연체중이라도 특별약관의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 또한, 제1관 일반사항에 따라 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)를 적용받고 특별약관의 해지 전에 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 회사는 특별약관을 해지하지 않고 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1.계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것

2.전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

3.계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

4.전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5.제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑦ 제1항에 따라 특별약관이 해지된 경우에는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 특별약관이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특별약관의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무), 제19조(알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 일반사항 제19조(특별약관의 성립)을 준용합니다.
이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활청약 포함) 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제19조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 특별약관의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 특별약관이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 특별약관 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(특별약관 내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 특별약관의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

<용어풀이>

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특별약관의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 이 특별약관은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 특별약관이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 특별약관의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 특별약관이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제31조 (계약자의 임의해지)

계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제32조 (중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

<용어풀이>

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 이 특별약관을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 이 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

제33조 (회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자 및 피보험자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 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.

제34조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

33-1-4. [갱신형] 가족 일상생활중 배상책임III(누수사고제외) 특별약관

제1관 일반사항

특별약관 일반사항을 적용합니다. 다만, 납입면제 구분이 납입면제 미적용인 경우 제5조(보험료 납입면제)와 제6조(보험료 납입면제에 관한 세부규정)를 적용하지 않습니다.

제2관 개별사항

제1조 (목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

① 계약관계 관련 용어

1. 피보험자 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

② 보상 관련 용어

1. 배상책임 : 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
2. 보상한도액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 보험금의 지급한도에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
3. 자기부담금 : 보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
4. 보험금 분담 : 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.

<용어풀이>

[공제계약]

유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.

5. 대위권 : 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.
6. 중요한 사항 : 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제3조 (보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 아래에 열거한 사고(이하 「사고」라 합니다)로 타인의 신체에 피해를 입혀 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다)을 부담하거나 타인의 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임(누수사고 제외)」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 주거하는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함

② 제1항에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
   - 가. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   - 나. 피보험자가 제11조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
   - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
   - 라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
   - 마. 피보험자가 제12조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

<용어풀이>
[유익하였던 비용]
물건의 개량·이용을 위하여 지출되는 비용으로, 물건의 가치를 증가시키는 데 도움이 되는 비용을 말합니다.
[공탁보증보험료]
가압류, 가집행, 가처분 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품을 공탁보증보험이라 하며, 이 보험에 가입하기 위해 필요한 보험료를 공탁보증보험료라 말합니다.

③ 제1항의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.
1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자 본인」이라 합니다)
2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자 (이하 「배우자」라 합니다)
3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거 친족(민법 제 777조)
4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

<관련법규>
[민법 제777조(친족의 범위)에서 규정한 친족의 범위]
8촌 이내의 혈족, 4촌 이내의 인척, 배우자

④ 제3항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

⑤ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.

⑥ 제4조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제5항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제4조 (보상하지 않는 손해)

① 회사는 피보험자가 아래와 같은 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

<용어풀이>
[핵연료물질]
사용된 연료를 포함합니다.
[핵연료물질에 의하여 오염된 물질]
원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 피보험자가 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 피해로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내 동산에 끼친 손해에 대하여는 이를 적용하지 않습니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총을 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

<유의사항>
이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직

일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다.)도 차량에 포함됩니다.

10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나, 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임
12. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
13. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
14. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임
15. 누수사고로 인한 대물 배상책임

제5조 (손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호 및 제2호 다.목 또는 라.목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제6조 (보험금의 청구)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제7조 (보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

② 제1항에 의한 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 기본계약 약관의 [별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

제8조 (보험금의 지급한도)

① 제3조(보상하는 손해) 제2항의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 매회의 사고마다 자기부담금(「대물 배상책임(누수사고 제외)」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 「대물 배상책임(누수사고 제외)」 및 「대인 배상책임」 손해를 각각 1억원 한도로 보상합니다.
2. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가.목, 나.목 또는 마.목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
3. 제3조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다.목 또는 라.목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.

② 이 특별약관에서 누수사고라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급수설비 및 배수설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급수설비 및 배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

③ 하나의 사고를 원인으로 「대물 배상책임(누수사고 제외)」 및 「대인 배상책임」이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다. 단, 제1항 제3호의 비용이 「대물 배상책임(누수사고 제외)」 및 「대인 배상책임」 중 어느 하나로 인한 비용으로 볼 수 없는 경우에는 「대물 배상책임(누수사고 제외)」 및

「대인 배상책임」 보상한도액을 합산한 한도에서 제1항 제1호의 손해배상금을 차감한 금액을 한도로 제1항 제3호의 비용을 보상합니다.

제9조 (의무보험과의 관계)

① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제10조(보험금의 분담)를 따릅니다.

② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제10조 (보험금의 분담)

① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제11조 (손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제3조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제12조 (손해배상청구에 대한 회사의 해결)

① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

<예시안내>

[손해배상청구에 대한 회사의 해결]



※ 항변이란 어떤 일을 부당하다고 여겨 따지거나 반대하는 뜻을 밝힌다는 것을 의미합니다.

② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제13조 (합의·절충·중재·소송의 협조· 대행 등)

① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의 · 절충 · 중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

<용어풀이>

[보상책임을 지는 한도]

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때

⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제14조 (대위권)

① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상 청구권
2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

<예시안내>

제3자의 귀책사유로 손해가 발생한 상황에서 회사가 1,000만원의 보험금을 지급했다면, 회사는 1,000만원에 대한 대위권만 가지며 피보험자는 제3자에 대해 1,000만원을 제외한 나머지 손해금액에 대한 손해배상청구권을 가집니다.

② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제15조 (보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 피보험자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

<예시안내>

[보험금을 나누어 지급받을 경우]

보험금: 6천만원, 보험금 지급일자: 2024년 4월 1일 일때 보험금을 일시에 지급받지 않고 3년간 매년 동일한 금액으로 나누어 지급받는 경우

지급일	지급액
2024년 4월 1일	2천만원
2025년 4월 1일	2천만원 × (1 + 평균공시이율)
2026년 4월 1일	2천만원 × $(1 + \text{평균공시이율})^2$

제16조 (주소변경통지)

① 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 피보험자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달된 것으로 봅니다.

제17조 (계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다) 합니다.

<관련법규>

[상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날부터 1월내에, 계약을 체결한 날부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

[상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)]

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제18조 (계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려 드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제19조 (알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제18조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제18조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 규정에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 최초계약 체결당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날(갱신계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 「보험설계사 등」이라 합니다)가 계약자 또는 피보험자에게 알릴 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 알리지 않게 하였거나 부실한 사항을 알릴 것을 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 알리지 않거나 부실한 사항을 알렸다고 인정되는 경우에는 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 이 특별약관을 해지하였을 때에는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항에 의한 특별약관의 해지는 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반 사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시) 뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 손해가 제1항의 사실로 생긴 것임을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 보상합니다.

⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제20조 (양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동의한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의가 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제21조 (사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 이 계약의 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 이 계약을 취소할 수 있습니다.

제22조 (특별약관의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특별약관의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제23조 (특별약관 내용의 변경 등)

① 회사는 계약자가 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 기본계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 제1항에 따라 보상한도액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 특별약관이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 보상한도액을 감액할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제24조 (조사)

① 회사는 보험의 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 이 특별약관의 효력을 정지할 수 있습니다.

③ 회사는 이 특별약관의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제25조 (타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

<용어풀이>

[타인을 위한 계약]

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제26조 (특별약관의 소멸)

피보험자 본인이 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 계약자에게 지급하고, 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제27조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 이 특별약관의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

<용어풀이>

[보장개시일]

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 회사는 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제17조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제4조(보상하지 않는 손해), 제19조(알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약) 및 제22조(특별약관의 무효)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제28조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 다음 각 호의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다.

1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기 간이 끝나는 날의 다음날에 특별약관이 해지된다는 내용
3. 계약자가 회사로부터 보험계약대출을 받은 경우 특별약관이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용

② 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날 까지로 합니다.

③ 타인을 위한 계약의 경우 특정된 타인에게도 제1항 및 제2항에 따른 내용을 알려 드립니다.

④ 보험료 납입이 연체중이라도 특별약관의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 또한, 제1관 일반사항에 따라 특별약관 일반사항 제5조(보험료 납입면제)를 적용받고 특별약관의 해지 전에 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 회사는 특별약관을 해지하지 않고 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.

⑤ 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1.계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것

2.전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

3.계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

4.전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5.제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑦ 제1항에 따라 특별약관이 해지된 경우에는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특별약관의 해지)에 따라 특별약관이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 특별약관의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제1항에 따라 해지된 특별약관을 부활(효력회복)하는 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무), 제19조(알릴 의무 위반의 효과), 제21조(사기에 의한 계약), 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 일반사항 제19조(특별약관의 성립)을 준용합니다.
이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 특별약관의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제19조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 특별약관의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 특별약관이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 특별약관 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(특별약관 내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 특별약관의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

<용어풀이>

[강제집행과 담보권실행]

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

· 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차 없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정

· 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신 채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특별약관의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 이 특별약관은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 특별약관이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 특별약관의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 특별약관이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제31조 (계약자의 임의해지)

계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제32조 (중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

<용어풀이>

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 이 특별약관을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 이 특별약관의 해약환급금을 지급합니다.

제33조 (회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자 및 피보험자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 계약자 또는 피보험자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 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.

제34조 (특별약관의 자동갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관에 따라 갱신됩니다.

제도성 특별약관

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

제도성 특별약관

1. [갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관

제1조 (적용대상)

이 특별약관은 손해의 보상을 내용으로 하는 이 계약의 다른 특별약관 중 [갱신형] 특별약관(이하 「갱신형 계약」이라 합니다)에 대하여 적용합니다.

제2조 (자동갱신에 관한 사항)

① 이 특별약관은 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 갱신하기 직전 종전의 갱신형 특별약관(이하 「갱신전 계약」이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 갱신전 계약과 동일한 보장내용으로 자동으로 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신될 갱신형 특별약관(이하 「갱신계약」이라 합니다)의 보험기간이 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 기간 내일 것
2. 갱신전 계약의 보험기간이 끝난 날의 다음날(이하「갱신일」이라 합니다)에 피보험자의 나이가 회사가 이 보험의 사업방법서에서 정한 범위 내일 것
3. 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료가 납입완료 되었을 것

② 제1항에 따라 정상적으로 갱신이 이루어진 경우 갱신계약의 보장은 갱신전 계약에 의한 보장이 끝나는 때부터 적용합니다.

③ 제1항에도 불구하고 갱신전 계약(세부보장별 소멸사유가 있는 경우에는 세부보장을 포함합니다. 이하 같습니다)에서 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 갱신형 계약은 갱신되지 않습니다.

④ 제3항에도 불구하고 보험금 청구 지연 등의 사유로 갱신이 이루어진 경우에는 해당 갱신계약을 무효로 하며 소멸사유 발생 이후 납입한 해당 보험료를 돌려 드립니다.

⑤ 회사는 계약자에게 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 갱신 요건, 보장내용 변경내역, 갱신보험료 및 갱신 절차 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 알려 드립니다.(단, 갱신보험료 납입면제가 발생한 경우는 제외합니다)

제3조 (갱신계약의 보험계약 적용 특칙)

제2조(자동갱신에 관한 사항)에 따라 갱신된 갱신계약의 경우 아래에 정한 사항을 따릅니다.

1. 제도 및 보험료의 적용

   갱신계약의 약관은 갱신전 계약의 약관을 적용하고, 갱신계약의 보험요율에 관한 제도 또는 보험료(이하「보험요율 제도 또는 보험료」라 합니다)는 갱신일 현재의 보험요율 제도 또는 보험료를 적용합니다. 단, 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따라 약관이 개정된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.

2. 납입면제의 적용방법

   갱신전 계약에서 보장보험료 납입면제 사유가 발생하여 보험료가 납입면제된 경우에는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나는 날까지만 적용하며, 갱신시에는 보험료 납입면제를 적용하지 않고 갱신계약은 납입면제가 적용되지 않은 보험료를 납입하여야 합니다.

3. 갱신시 보험기간의 운영

   가. 갱신계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일하게 적용하며, 갱신계약의 갱신은 회사가 사업방법서에서 정한 갱신형 계약의 갱신종료나이 계약해당일까지로 합니다.

   나. 가.목에도 불구하고 갱신일부터 회사가 사업방법서에서 정한 갱신종료나이의 계약해당일까지가 가.목의 보험기간 미만일 경우 그 잔여기간을 보험기간으로 하여 갱신되는 것으로 하며, 세부사항은 회사의 사업방법서를 따릅니다.

   다. 동일한 사고에 대하여 갱신전 계약에서 이미 보험금 지급사유가 발생하여 해당 보험금이 지급된 경우에는 갱신계약에서 보상하지 않습니다.

제4조 (갱신계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 갱신계약의 해제)

① 계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 보통약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 갱신계약을 해제합니다.

② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 차감할 수 있습니다.

제5조 (갱신일 이후 부활(효력회복)을 청약하는 경우 연체된 보험료의 적용)

보통약관 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 제1항에서 정한 연체된 보험료는 갱신일 이전 기간에 납입되지 않은 보험료를 포함하여, 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 납입이 연체된 보험료를 말합니다.

제6조 (갱신계약의 보장내용 변경시 계약자 안내에 관한 사항)

제3조(갱신계약의 보험계약 적용 특칙) 제1호의 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령에 따른 약관 개정으로 갱신계약의 보장내용이 변경되는 경우, 회사는 제2조 제5항에도 불구하고 다음 각 호에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 만료되는 날 이전까지 중요사항 변경내역(갱신보험료 변경 제외), 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서(SMS 포함) 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 알려드립니다.
2. 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단) 등을 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 갱신전 계약은 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 갱신전 계약은 만료됩니다.
3. 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 갱신일로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 갱신일 이후 계약자가 납입한 해당 갱신계약의 보험료를 돌려 드립니다.

제7조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 갱신계약을 따릅니다.

2. 이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관

제1조 (특별약관의 체결 및 효력)

① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 「보험계약」이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보험계약 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.

③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어 집니다.

④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주로 사용하게 된 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

② 제1항의 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 '원동기장치자전거'를 포함합니다.

<유의사항>

개인형 이동장치(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등을 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행 보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다)는 자동차관리법에 정한 '이륜자동차', 도로교통법에 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

③ 제2항에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.

1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

<유의사항>

회사는 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.

제3조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

3. 보험료 자동납입 특별약관

제1조 (보험료납입)

① 보험계약자(이하「계약자」라 합니다)는 제2회 이후의 보험료부터 이 특별약관에 따라 계약자의 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하거나 급여이체를 통하여 납입합니다.

② 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 지정 금융기관 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사(이하「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 지정 금융기관 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하「보험계약」이라 합니다)「보험계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조 (보험료의 영수)

자동납입일자 또는 급여이체일자는 이 청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조 (계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

4. 지정대리청구서비스Ⅲ 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특별약관의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 기명 대리청구인: 계약자가 기본계약 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제4조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.
2. 무기명 대리청구인: 계약자가 기본계약 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제4조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제2조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 「보험계약」이라 합니다)에 적용합니다.

제3조(특별약관의 체결 및 소멸)

① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제2조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제4조(대리청구인의 지정)

① 계약자는 다음 중 어느 하나의 방식으로 대리청구인을 지정할 수 있습니다.(이하, 「대리청구인」이라 합니다)

1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
2. 제1호에도 불구하고, 계약자가 대리청구인을 기명하여 지정하기를 원하지 않는 경우 무기명으로 제7조(보험금의 청구) 제1항 제4호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

【대리청구인 지정 예시】
1. 기명 대리청구인
 - 계약자가 기명하여 지정 : (예시) "김OO"
2. 무기명 대리청구인
 - 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지명 : (예시) 가족관계등록부상 배우자

【무기명 대리청구인 판단 예시】
 - 보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 가족관계등록부상 배우자(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우
 → 해당 시점 대리청구인은 제7조 제1항 제4호로 증명할 수 있는 배우자 B

② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제5조(대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 제7조(보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속

③ 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.단, 회사가 이미 관련 정보를 보유한 경우에는 생략할 수 있으며, 계약자가 다른 서류로 관련 정보를 증명하기를 원하고 회사가 해당 정보를 다른 서류로 확인할 수 있는 경우에는 각 호의 서류를 대체할 수 있습니다.

1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 개인정보 관련 동의서

④ 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제2호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

⑤ 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제2조(적용대상) 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조(대리청구인의 변경지정)

① 계약자는 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 단, 회사가 이미 관련 정보를 보유한 경우에는 생략할 수 있습니다. 계약자가 다른 서류로 관련 정보를 증명하기를 원하고 회사가 해당 정보를 다른 서류로 확인할 수 있는 경우에는 각 호의 서류를 대체할 수 있습니다.

1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법을 포함하며, 이하 「신분증」이라 합니다)
3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보 관련 동의서

② 제1항에도 불구하고, 제4조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제6조(보험금 지급 등의 절차)

① 대리청구인은 제7조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제2조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제2조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표 대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표 대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 제4조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

④ 제4조(대리청구인의 지정) 제 1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 대리청구인의 신분증
4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

5. 독립특별약관 추가보장 제도성 특별약관II

제1조 (특별약관의 적용범위 및 효력)
이 독립특별약관 추가보장 제도성 특별약관II(이하「특별약관 」이라 합니다)은 이 특별약관의 사업방법서 별지에서 정한 독립특별약관 추가보장 대상상품(이하「대상상품」이라 합니다) 계약에 이 특별약관의 사업방법서 별지에서 정한 대상상품별 추가보장 대상 독립특별약관(이하「추가보장 독립특약」이라 합니다)을 중도에 추가로 가입하는 경우에 적용합니다.

제2조 (특별약관의 내용)
이 특별약관은 사업방법서에서 정한 상품의 계약자가 사업방법서에서 정한 독립특별약관 중 일부 혹은 전체 추가 가입을 청약하고 회사가 승낙한 경우, 해당 독립특별약관을 보장담보에 추가하는 계약변경에 관한 내용입니다.

제3조 (회사의 보장개시 특칙)
① 추가보장 독립특약의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다.)은 추가 가입을 신청한 날로 합니다.
② 추가보장 독립특약의 최초 보험계약일은 보험계약일 직전 대상상품 보통약관의 계약해당일(해당연도의 대상상품 보통약관 보험계약일과 동일한 월, 일을 말함)로 하며, 이 특별약관의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 추가납입액이 있는 경우 계약자는 추가납입액을 납입하여야 합니다.
③ 이 특별약관의 보장개시일(책임개시일)은 보험계약일로 합니다. 다만, 추가보장 독립특약의 보험금의 지급사유에서 별도로 보장개시일(책임개시일)을 정한 경우에는 그에 따릅니다.
④ 보험계약일 이후 최초 도래하는 대상상품 보통약관의 납입기일부터 이 특별약관의 보험료를 납입합니다.

제4조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과 적용 특칙)
계약자 또는 피보험자가 추가보장 독립특약 가입시 계약 전 알릴 의무를 위반한 경우에는 각각의 추가보장 독립특약 단위로 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

제5조 (준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 추가보장 독립특약을 따르며, 이 특별약관 및 추가보장 독립특약에서 정하지 않은 사항은 대상상품의 보통약관을 따릅니다.

6. 특정 및 통합치료비 치료 조건부 선지급 보험금 제도성 특별약관

제1조 (특별약관의 적용범위)

이 특정 및 통합치료비 치료 조건부 선지급 제도성 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다)의 적용대상은 사업방법서 별지에서 정한 치료 조건부 보험금 선지급 적용대상 특별약관(이하 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」이라 합니다)을 가입하고, 정상적으로 유지중인 계약에 한합니다. 또한 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」이 부가된 계약의 체결일이 2026년 1월 1일 이후인 계약에 한합니다.

제2조 (치료 조건부 선지급 보험금의 정의)

① 이 특별약관에서 「치료 조건부 선지급 보험금」이란 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 정한 각 특약별 보험금 지급사유에 해당하는 치료가 발생하기 이전에 제3조 (보험금 선지급에 관한 세부규정) 제1항을 충족하여 치료를 받는다는 조건을 전제로 먼저 지급하는 금액을 말합니다. 단, 「치료 조건부 선지급 보험금」의 지급 이후 치료를 받지 않거나 예약내용이 변경되어 제3조 (보험금 선지급에 관한 세부규정) 제5항에 해당하는 경우에는 해당 조항에 따라 「치료 조건부 선지급 보험금」및 이자를 회사에 반환하여야합니다.

② 제1항에도 불구하고 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 정한 보험금 지급사유 중 '중환자실 입원' 및 '호스피스 완화의료'는 「치료 조건부 선지급 보험금」 지급 대상에서 제외합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」 중 종합병원 특정순환계질환 통합치료비 특별약관의 경우 보험금의 지급사유 중 주요치료(수술(혈전제거술 제외), 혈전용해치료, 혈전제거술)에 한하여 「치료 조건부 선지급 보험금」 지급 대상으로 합니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」 중 케어플러스 암 통합치료비 관련 특별약관의 경우 보험금의 지급사유 중 암 통합치료(특정치료)(단, 중환자실 입원은 제외합니다.) 및 암 통합치료(전액본인부담(비급여포함)치료)에 한하여 「치료 조건부 선지급 보험금」 지급 대상으로 합니다.

제3조 (보험금 선지급에 관한 세부규정)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관이 부가된 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」의 보험기간 중에 보장개시일(책임개시일) 이후 보험금 지급사유에서 정한 치료 또는 수술을 받기 위해 치료일자 또는 수술일자 예약 후, 보험수익자가 제4조(치료 조건부 선지급 보험금의 청구)에서 정한 서류를 제출하고 「치료 조건부 선지급 보험금」을 청구하는 경우에는 회사가 정한 기준에 따라 「치료 조건부 선지급 보험금」을 지급할 수 있습니다.
단, 「치료 조건부 선지급 보험금」청구일 기준 90일 이내의 예약된 치료일자 또는 수술일자에 대해서만 선지급이 가능하며, 예약된 실제 치료일자 또는 수술일자 이후에 「치료 조건부 선지급 보험금」을 청구한 경우에 해당하거나 치료 또는 수술 이전에 행하는 검사를 포함한 준비, 계획 단계상의 의료행위(모의치료 포함)는 「치료 조건부 선지급 보험금」대상에서 제외하며, 보험금 지급사유에 해당하는 실제 치료 또는 수술을 기준으로 적용합니다. 또한 예약된 수술 또는 치료와 예약일에 행하는 실제 수술 또는 치료는 동일해야 합니다.

② 회사는 예약된 치료일자를 기준으로 해당 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산한 보험금의 50%를 「치료 조건부 선지급 보험금」으로 지급합니다. 단, 「치료 조건부 선지급 보험금」은 500만원을 한도로 합니다.③ 「치료 조건부 선지급 보험금」을 청구한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경된 경우 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야합니다. 이 경우 「치료 조건부 선지급 보험금」은 변경된 예약내용을 기준으로 합니다.

④ 회사가 「치료 조건부 선지급 보험금」을 지급한 이후 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되고, 변경된 예약내용이 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 정한 보험금 지급사유에 해당되는 경우 이미 지급된 「치료 조건부 선지급 보험금」과 변경된 예약내용에 따라 계산된 「치료 조건부 선지급 보험금」의 차액을 정산합니다.

⑤ 회사가 「치료 조건부 선지급 보험금」을 지급한 이후 치료를 받지 않거나 치료일자 및 치료항목, 치료내용, 치료병원 등 예약내용이 변경되어, 변경된 예약내용이 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 정한 보험금 지급사유에 해당되지 않는 경우 지체없이 그 사실을 회사에 알린 후 이미 지급된 「치료 조건부 선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「치료 조건부 선지급 보험금」의 지급일로부터 예약내용의 변경을 회사에 알린 시점까지의 기간 상당분의 이자를 회사에 반환하여야합니다.

⑥ 회사가 「치료 조건부 선지급 보험금」을 지급한 경우 실제 치료일자로부터 3년 이내에 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 정한 보험금의 지급사유에 따라 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 보험금의 지급사유에 따라 지급되는 보험금에서 「치료 조건부 선지급 보험금」을 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 또한 회사는 「치료 조건부 선지급 보험금」을 지급하고 예약된 치료일이 도래한 경우 제4조 (치료 조건부 선지급 보험금의 청구)에서 정한 보험금 청구서류, 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 정한 보험금 청구서류 등을 요청하여 실제 치료

여부를 확인할 수 있습니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 예약된 치료일자 이후에 회사는 제5항에서 정한 「치료 조건부 선지급 보험금」의 반환사유 해당 여부 확인을 위해 필요한 범위 내에서 관련 서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자 및 보험수익자는 특별한 사정이 없는 한 이에 성실히 협조하여야 합니다.

단, 피보험자 및 보험수익자가 이에 협조하지 않는 경우 이미 지급된 「치료 조건부 선지급 보험금」은 반환하여야 합니다.

⑧ 제5항 내지 제7항에 따라 회사가 「치료 조건부 선지급 보험금」 반환사유를 확인한 경우, 이미 지급한 「치료 조건부 선지급 보험금」 및 평균공시이율로 계산한 「치료 조건부 선지급 보험금」의 지급일로부터 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인한 시점까지의 기간 상당분의 이자에 대해 반환을 청구할 수 있습니다. 단, 회사가 반환사유에 해당하는 사실을 확인하여 반환을 요청하였음에도 불구하고 보험수익자의 책임있는 사유로 반환이 지연되는 경우에는 해당 기간 상당분의 이자를 추가로 반환하여야 합니다.

⑨ 제8항에 따라 반환금이 발생한 경우에는 해당 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」 또는 동일 피보험자가 가입한 그외 보장성 특별약관에서 정한 보험금 지급사유 발생 시 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 보험금에서 차감한 후 지급할 수 있으며, 반환금이 발생한 이후 계약의 해지 또는 소멸로 해약환급금 등이 발생한 경우 관계 법령이 허용하는 범위 내에서 해당금액을 해약환급금 등에서 차감한 후 지급할 수 있습니다.

또한, 반환금이 발생한 이후에 회사는 반환금이 발생한 치료항목 외 치료항목에 대한 「치료 조건부 선지급 보험금」의 지급을 거절할 수 있습니다.

⑩ 회사가 「치료 조건부 선지급 보험금」을 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 「치료 조건부 선지급 보험금」을 청구할 수 없습니다.

⑪ 회사는 「치료 조건부 선지급 보험금」에 대해서는 별도의 지급기일(보통약관 제10조(보험금 등의 지급절차)에서 말하는 지급기일을 말합니다)을 적용하지 않고 잔여보험금에 한하여 지급기일을 적용합니다.

제4조 (치료 조건부 선지급 보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(의사가 작성한 수술치료계획(수술 또는 치료일자, 수술 또는 치료명)이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 치료 예약 확인서(치료 또는 수술은 보험금 지급사유에 해당하는 실제 치료 또는 수술을 기준으로 적용하며, 치료 또는 수술 이전에 행하는 검사를 포함한 준비, 계획 단계상의 의료행위(모의치료 포함)를 제외함))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
5. 「치료 조건부 선지급 적용대상 특약」에서 보험금 지급을 위해 별도로 정한 서류
6. 반환 사유에 대한 안내 및 동의서(회사양식)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보험계약을 따릅니다.

별표 및 참고

별표

약관에서 인용된 법·규정

특별약관 색인

표목

[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금	지급기일의 다음날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	[5종(납입면제형, 일반고지)] 1년이내 : 공시이율의 50% [6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II) 및 8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지)] 1년이내: 평균공시이율의 50%
		[5종(납입면제형, 일반고지)] 1년초과 : 공시이율의 40% [6종(납입면제, 일반고지, 해약환급금 미지급형II) 및 8종(해약환급금 미지급형II, 일반고지)] 1년초과: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율을 적용한 이자를 지급합니다.

2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 「보험금 등의 지급절차」 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.(다만, 상해·질병 관련 보장에 한합니다)

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

[별표2] 장해분류표

<총 칙>

1. 장해의 정의

가. "장해"라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.

나. "영구적"이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

다. "치유된 후"라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

라. 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.

마. 위 라.에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

"신체부위"라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

가. 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.

나. 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

다. 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.

라. 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.

마. 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

장 해 의 분 류	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 각막이

식술 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 0.02 이하로 된 때"라 함은 안전수동(Hand Movement)주1), 안전수지(Finger Counting)주2) 상태를 포함한다.

주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

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 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) "안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해"라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령기준)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(검은자위)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

장 해 의 분 류	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 1/2이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모

습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) "평형기능에 장해를 남긴 때"라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	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

장 해 의 분 류	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

장 해 의 분 류	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 남긴때	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) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) "씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
나) 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm 이하로 제한되는 경우
다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) "말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) "말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) "말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
가) 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우
나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) "치아의 결손"이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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

가) 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 추상 반흔(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

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

1) "손바닥 크기"라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10㎝(1/2 크기는 40㎠, 1/4 크기는 20㎠), 6~11세의 경우는 6×8㎝(1/2 크기는 24㎠, 1/4 크기는 12㎠), 6세 미만의 경우는 4×6㎝(1/2 크기는 12㎠, 1/4 크기는 6㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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 탈구 등으로 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 탈구 등으로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구 등으로 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 탈구로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) "추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해"란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) "추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해"란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) "추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해"란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) "체간골"이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

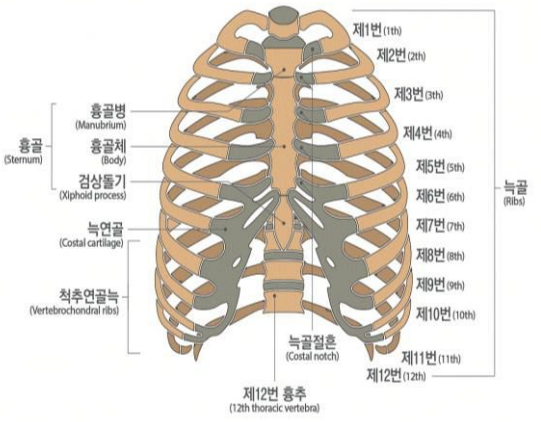
가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태

나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

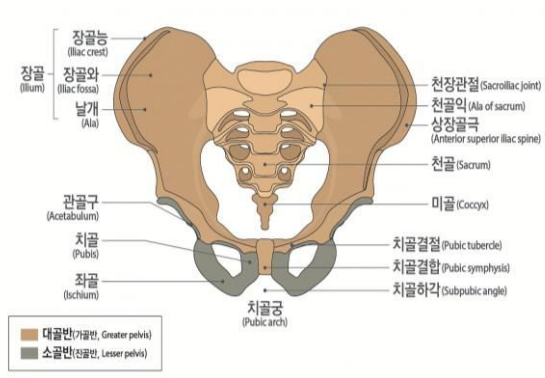
다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) "빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때"라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) "팔"이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) "팔의 3대 관절"이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) "한 팔의 손목 이상을 잃었을 때"라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(zero)"인 경우

8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(trace)"인 경우

9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "2등급(poor)"인 경우

10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "3등급(fair)"인 경우

11) "가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) "가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.·

13) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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 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) "다리"라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) "다리의 3대 관절"이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) "한 다리의 발목 이상을 잃었을 때"라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) "관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 완전 강직(관절굳음)

나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "0등급(zero)"인 경우

8) "관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "1등급(trace)"인 경우

9) "관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "2등급(poor)"인 경우

10) "관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 "3등급(fair)"인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) "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 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	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. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

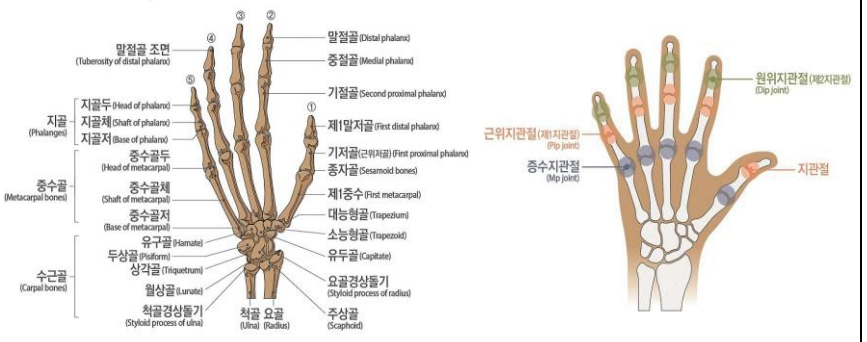
5) "손가락을 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) "손가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) "손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 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

장 해 의 분 류	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.

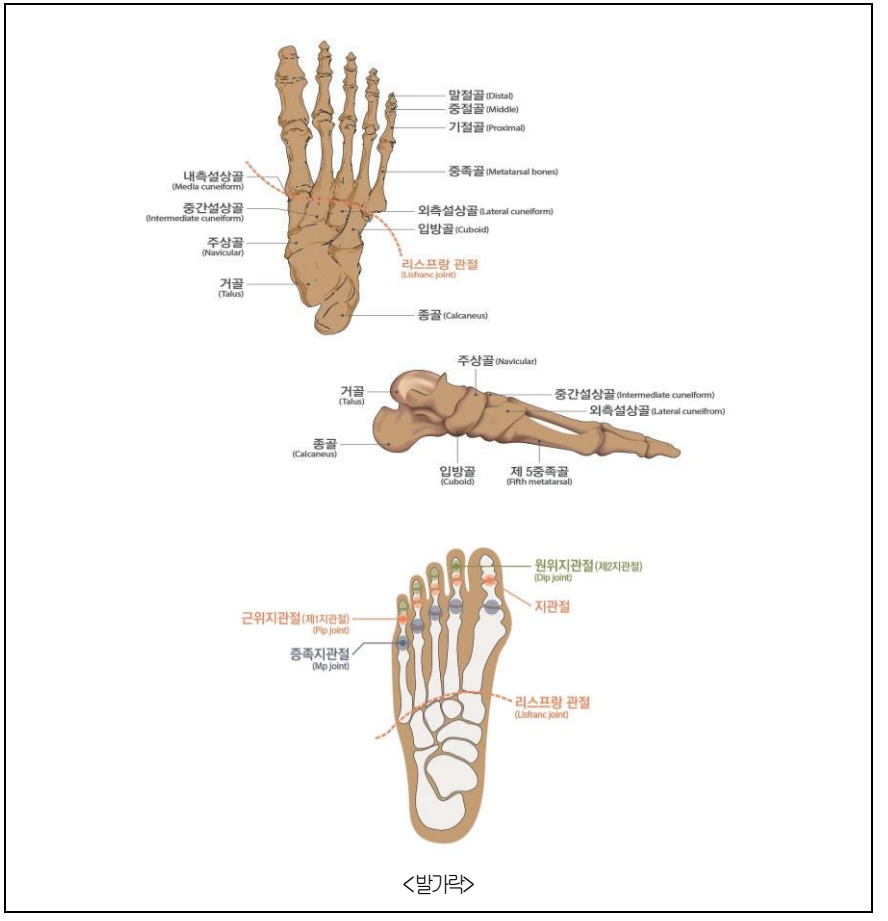
5) "발가락뼈 일부를 잃었을 때"라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

6) "발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상 운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용

하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



<발가락>

12. 흉복부 장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) "심장 기능을 잃었을 때"라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) "흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장해

가. 장해의 분류

장 해 의 분 류	지급률(%)
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위 내에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) "정신행동에 극심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) "정신행동에 심한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) "정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준"주)상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용

바) "정신행동에 약간의 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 "능력장애측정기준" 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) "정신행동에 경미한 장해를 남긴 때"라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정

신건강의학과의 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(뇌SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임: 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표>

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	• 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(40%) • 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) • 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) • 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
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 뒤처리 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태(15%) • 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) • 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	• 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) • 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) • 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷입고 벗기	• 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) • 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) • 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

[별표-질병관련1] 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45~C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물	C60~C63
10. 요로의 악성신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
16. 진성 적혈구증가증	D45
17. 골수형성이상증후군	D46
18. 만성 골수증식질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 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-질병관련2] 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	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. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련3] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 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. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련4] 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련5] 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련6] 10대 주요암 분류표

약관에 규정하는 10대 주요암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 식도의 악성신생물	C15
2. 간 및 간내 담관의 악성신생물	C22
3. 담낭의 악성신생물	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물	C24
5. 췌장의 악성신생물	C25
6. 기관의 악성신생물	C33
7. 기관지 및 폐의 악성신생물	C34
8. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40~C41
- 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
- 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
9. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
10. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련7] 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련8] 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련9] 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련10] 폐렴 분류표

약관에 규정하는 폐렴으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1.달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
2.폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
3.인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
4.달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
5.달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
6.달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
- 거대세포바이러스폐렴(J17.1)	B25.0
- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1)	B05.2
- 수두폐렴(J17.1)	B01.2
- 폐톡소포자충증(J17.3)	B58.3
7.상세불명 병원체의 폐렴	J18

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련10.1] PSI지표 점수 산정

PSI지표 점수는 대한결핵 및 호흡기학회의 폐렴 진료 지침에서 환자의 중증도나 사망위험도에 따라 입원여부, 일반병동 또는 중환자실 치료 등을 결정하는 객관적인 기준으로 사용하도록 권고하는 폐렴 중증도 판정도구로 세부 내용은 다음과 같습니다.

구분	인자	점수
환자 특성	남자	만 연령
	여자	만 연령 -10
	요양시설 거주자	+10
동반 질환	악성종양	+30
	간 질환	+20
	울혈성 심부전	+10
	뇌혈관질환	+10
	신장질환	+10
신체 검진 소견	의식 변화(저하)	+20
	호흡수 ≥ 30/분	+20
	수축기 혈압 < 90mmHg	+15
	체온 < 35℃ 혹은 ≥ 40℃	+15
	맥박수 ≥ 125/분	+10
검사실 /방사선 소견	동맥혈 pH < 7.35	+30
	BUN ≥ 30 mg/dL	+20
	Sodium(혈청 나트륨) < 130mEg/L	+20
	Glucose(혈청 포도당) > 250mg/dL	+10
	Hgb < 9 g/dL (적혈구용적률 < 30%)	+10
	PaO_2 (대기하 동맥혈 산소분압) < 60mmHg (SaO_2 < 90%)	+10
	흉막염(흉수 저류)	+10

1. 동반질환
   ·악성종양 (일년이내 모든 종양, 단 피부 기저세포나 편평상피세포암제외)
   ·간질환: 임상적 또는 조직학적 간경화나 만성 활동성 간염
   ·울혈성 심부전: 병력, 신체검진 또는 검사소견으로 진단
   ·뇌혈관질환: 임상적인 뇌졸중 또는 CT나 MRI로 증명된 경우
   ·신장질환: 만성 신질환 또는 비정상적인 BUN이나 혈청 creatinine
2. 의식 변화(저하): 사람, 장소, 시간에 대한 인식 상실이나, 최근 의식 혼탁(stupor, coma)

[별표-질병관련11] 대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
대상포진	B02

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련12] 통풍 분류표

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
통풍	M10

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련13] 2대주요기관질병 분류표 II

약관에 규정하는 2대주요기관질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
뇌질환	뇌혈관질환	I60~I69
	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	송과선의 양성 신생물	D35.4
심질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심장병(I32.0, I39.8, I41.0, I52.0)	A39.5
	- 칸디다심내막염(I39.8)	B37.6
	대동맥동맥류 및 박리	I71
	심장의 양성 신생물	D15.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련14] 5대주요기관질병 분류표 II

약관에 규정하는 5대주요기관질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
뇌질환	뇌혈관질환	I60~I69
	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	송과선의 양성 신생물	D35.4
심질환	급성 류마티스열	I00~I02
	만성 류마티스심장질환	I05~I09
	허혈심장질환	I20~I25
	폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26~I28
	기타 형태의 심장병	I30~I52
	- 수막알균성 심장병(I32.0, I39.8, I41.0, I52.0)	A39.5
	- 칸디다심내막염(I39.8)	B37.6
	대동맥동맥류 및 박리	I71
	심장의 양성 신생물	D15.1
간질환	간의 질환	K70~K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0)	B25.1
	- 톡소포자충간염(K77.0)	B58.1
	간의 양성 신생물	D13.4
	간외담관의 양성 신생물	D13.5
췌장질환	급성 췌장염	K85
	췌장의 기타 질환	K86
	달리 분류된 질환에서의 췌장장애	K87.1
	- 거대세포바이러스췌장염(K87.1)	B25.2
	- 볼거리췌장염(K87.1)	B26.3
	췌장의 양성 신생물(내분비췌장은 제외)	D13.6
	내분비췌장의 양성 신생물	D13.7
폐질환	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	기관지확장증	J47
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
	기관의 양성 신생물	D14.2
	기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련15] 충수염 분류표

약관에 규정하는 충수염으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
충수의 질환	K35~K38

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련16] 10대난치성질환 분류표

약관에 규정하는 10대난치성질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
재생불량성빈혈	후천성 순수적혈구무형성[적모구감소]	D60
	기타 무형성빈혈	D61
전신홍반루푸스	전신홍반루푸스	M32
심장근육병증	확장성 심근병증	I42.0
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1
	기타 비대성 심근병증	I42.2
	심내막심근(호산구성)병	I42.3
	기타 제한성 심근병증	I42.5
모야모야병	모야모야병	I67.5
파킨슨병	파킨슨병	G20
	파킨슨병에서의 치매	F02.3
운동신경세포병	운동신경세포병	G12.2
다발경화증	다발경화증	G35
버거병	폐쇄성혈전혈관염(버거병)	I73.1
중증근무력증	중증근무력증	G70.0
전신경화증	전신경화증	M34

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련17] 22대주요질병 분류표

약관에 규정하는 22대주요질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
위·십이지장궤양	위궤양	K25
	십이지장궤양	K26
	상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
결핵	결핵	A15-A19
	- 결핵관절염(A18.01)	M01.1
	- 척추의 결핵(A18.00)	M49.0
	- 뼈의 결핵(A18.02)	M90.0
	- 결핵성 방광염(A18.11)	N33.0
	- 자궁경부의 결핵감염(A18.17)	N74.0
	- 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17)	N74.1
	- 결핵성 복막염(A18.30)	K67.3
	- 장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애 (A18.3)	K93.0
	결핵의 후유증	B90
신부전	신부전	N17-N19
녹내장	녹내장	H40
	달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
동맥경화증	죽상경화증	I70
만성 기관지염	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
	단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
	상세불명의 만성 기관지염	J42
폐렴	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	- 수두폐렴(J17.1)	B01.2
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1)	B05.2
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1)	B25.0
	- 폐톡소포자충증(J17.3)	B58.3
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	재향군인병	A48.1
바이러스간염	바이러스 간염	B15-B19
패혈증	연쇄알균패혈증	A40
	기타 패혈증	A41
부갑상선 기능질환	부갑상선기능저하증	E20
	부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
뇌하수체 기능질환	뇌하수체의 기능항진	E22
	뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E23
수막염	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01
	- 리스테리아 수막염 및 수막뇌염(G01, G05.0)	A32.1
	- 수막알균수막염(G01)	A39.0
	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02
	- 아데노바이러스수막염(G02.0)	A87.1
	- 엔테로바이러스수막염(G02.0)	A87.0
	- 헤르페스바이러스수막염(G02.0)	B00.3
	- 수막염이 합병된 홍역(G02.0)	B05.1
	- 볼거리수막염(G02.0)	B26.1
	- 신경학적 합병증을 동반한 풍진(G05.1,G02.0)	B06.0
	- 수두수막염(G02.0)	B01.0
	- 대상포진수막염(G02.0)	B02.1
	- 칸디다수막염(G02.1)	B37.5
	- 콕시디오이데스진균수막염(G02.1)	B38.4
	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
뇌 및 척수의 염증성 질환	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05
	- 아데노바이러스뇌염(G05.1)	A85.1
	- 엔테로바이러스뇌염(G05.1)	A85.0

분류항목		분류번호
	- 헤르페스바이러스뇌염(G05.1)	B00.4
	- 뇌염이 합병된 홍역(G05.1)	B05.0
	- 볼거리뇌염(G05.1)	B26.2
	- 수두뇌염(G05.1)	B01.1
	- 대상포진뇌염(G05.1)	B02.0
	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07
	- 아메바성 뇌농양(G07)	A06.6
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
뇌성마비	뇌성마비	G80
자율신경계통의 장애	자율신경계통의 장애	G90
수두증	수두증	G91
버거씨병	폐색혈전혈관염(버거병)	I73.1
폐부종	폐부종	J81
특정호흡기질환	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
위공장궤양	위공장궤양	K28

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련18] 3대주요질병 분류표

약관에 규정하는 3대주요질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
당뇨병질환	당뇨병	E10-E14
	당뇨병성 단일신경병증	G59.0
	당뇨병성 다발신경병증	G63.2
	당뇨병성 백내장	H28.0
	당뇨병성 망막병증	H36.0
	당뇨병성 관절병증	M14.2
	당뇨병에서의 사구체장애	N08.3
고혈압질환	본태성(원발성) 고혈압	I10
	고혈압성 심장병	I11
	고혈압성 신장병	I12
	고혈압성 심장 및 신장병	I13
	이차성 고혈압	I15
갑상선 질환	갑상선 장애	E00-E07
	- 갑상선이상성 안구돌출(E05.0)	H06.2
	처치후 갑상선기능저하증	E89.0

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련19] 19대생활질병 분류표

약관에 규정하는 19대생활질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
안면신경장애	삼차신경의 장애	G50
	안면신경장애	G51
	기타 뇌신경의 장애	G52
손목터널증후군	손목터널증후군	G56.0
단일신경병증	팔의 단일신경병증 (손목터널증후군 제외)	G56 (G56.0 제외)
	다리의 단일신경병증	G57
	기타 단일신경병증	G58
	달리 분류된 질환에서의 단일신경병증 (당뇨병성 단일신경병증 제외)	G59 (G59.0 제외)
중증근무력증	중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70
마비	편마비	G81
	하반신마비 및 사지마비	G82
	기타 마비증후군	G83
급성골수염	급성 혈행성 골수염	M86.0
	기타 급성 골수염	M86.1
	아급성 골수염	M86.2
뼈의 파젯병	뼈의 파젯병(변형성 골염)	M88
기타비대성 골관절병증	기타 비대성 골관절병증	M89.4
림프절염	비특이성 림프절염	I88
	림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I89
호흡계통 양성신생물	중이, 비강 및 부비동의 양성신생물	D14.0
	후두의 양성신생물	D14.1
기타 호흡계통의	상세불명의 호흡계통의 양성 신생물	D14.4
양성신생물		
기타 흉곽내기관의 양성신생물	기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물 (심장의 양성 신생물 제외)	D15 (D15.1 제외)
골 및 관절연골의 양성신생물	골 및 관절연골의 양성신생물	D16
비뇨기관의 양성 신생물	비뇨기관의 양성 신생물	D30
갑상선의 양성신생물	갑상선의 양성 신생물	D34
기타 내분비선의 양성신생물	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물 (뇌하수체의 양성 신생물 제외) (두개인두관의 양성 신생물 제외) (송과선의 양성 신생물 제외)	D35 (D35.2 제외) (D35.3 제외) (D35.4 제외)
사구체질환	사구체질환 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00-N08 (N08.3 제외)
	사구체질환을 동반한 전신홍반루푸스(N08.5)	M32.1 *N08.5 연관 질병에 한함
세뇨관질환	신세뇨관-간질 질환	N10-N16
신장 및 요관의 기타 질환	신세뇨관기능손상으로 인한 장애	N25
	상세불명의 신장위축	N26
	원인불명의 작은 신장	N27
	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애	N28

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련20] 62대생활질병 분류표

약관에 규정하는 62대생활질병으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
백내장	노년백내장	H25
	기타 백내장	H26
	수정체의 기타 장애	H27
안검하수	안검하수	H02.4
관절염	감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01) 제외)	M00-M03 (M01.1 제외)
	염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외)	M05-M14 (M14.2 제외)
	- 류마티스폐질환(M05.1)	J99.0
	관절증	M15-M19
	기타 관절장애	M20-M25
추간판장애	경추간판장애	M50
	기타 추간판장애	M51
급성 상기도 감염	급성 상기도감염	J00-J06
축농증	만성 부비동염	J32
편도염	편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
수면무호흡증	수면무호흡	G47.3
식도 질환	식도염	K20
	위-식도역류병	K21
	식도의 기타 질환	K22
	달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K23
위·십이지장 질환	위염 및 십이지장염	K29
	기능성 소화불량	K30
탈장질환	탈장	K40-K46
특정 장질환	비감염성 장염 및 결장염	K50-K52
	장의 혈관장애	K55
	탈장이 없는 미비성 장폐색증 및 장폐쇄	K56
	장의 게실병	K57
	과민대장증후군	K58
	기타 기능성 장장애	K59
복막의 질환	복막의 질환 (결핵성 복막염(A18.30) 제외)	K65-K67 (K67.3 제외)
담석증	담석증	K80
담낭, 담도의 질환	담낭염	K81
	담낭의 기타 질환	K82
	담도의 기타 질환	K83
방광의 결석	방광의 결석	N21.0
신장 및 요관의 결석	신장 및 요관의 결석	N20
방광의 기타 질환	방광염	N30
	달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애	N31
	방광의 기타 장애	N32
남성 생식기관의 질환	전립선증식증	N40
	전립선의 염증성 질환	N41
	전립선의 기타 장애	N42
	음낭수종 및 정액류	N43
	고환의 염전	N44
	고환염 및 부고환염	N45
	달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애	N49
	남성생식기관의 기타 장애	N50
	달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애	N51
	- 편모충성 전립선염(N51.0)	A59.08
	- 볼거리고환염(N51.1)	B26.0
치핵 및 항문주위 정맥혈전증	치핵 및 항문주위정맥혈전증 (출산 및 산후기 합병(O87.2) 제외)	K64

분류항목		분류번호
	(임신 합병(O22.4) 제외)	
공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	H15-H22
	미만성 층판성 각막염(H59.8중 미만성 층판성 각막염에 한함)	H59.8
	- 홍채섬모체염(H22.0)	B00.50
	- 각막염(H19.1)	B00.51
	- 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2)	B30.0
맥락막 및 망막의 장애	맥락막 및 망막의 장애 (황반 및 후극부의 변성 제외) (당뇨병성 망막병증 제외)	H30-H36 (H35.3 제외) (H36.0 제외)
유리체의 장애	유리체의 장애	H43
눈 및 부속기의 양성신생물	눈 및 부속기의 양성신생물	D31
시신경 및 시각경로의 장애	시신경염	H46
	시[제2]신경 및 시각경로의 기타 장애	H47
	달리 분류된 질환에서의 시[제2]신경 및 시각경로의 장애	H48
외이의 질환	외이염	H60
	외이의 기타 장애	H61
	달리 분류된 질환에서의 외이의 장애	H62
중이염	비화농성 중이염	H65
	화농성 및 상세불명의 중이염	H66
	달리 분류된 질환에서의 중이염	H67
	-중이염이 합병된 홍역(H67.1)	B05.3
중이 및 유돌의 질환	귀인두관염 및 귀인두관 폐색	H68
	귀인두관의 기타 장애	H69
	유돌염 및 관련 병태	H70
	중이의 진주종	H71
	고막의 천공	H72
	고막의 기타 장애	H73
	중이 및 유돌의 기타 장애	H74

분류항목		분류번호
	달리 분류된 질환에서의 중이 및 유돌의 기타 장애	H75
내이의 질환	귀경화증	H80
	전정기능의 장애	H81
	달리 분류된 질환에서의 현기증후군	H82
	내이의 기타 질환	H83
특정 소화기 양성신생물	식도의 양성신생물	D13.0
	위의 양성 신생물	D13.1
	십이지장의 양성 신생물	D13.2
	기타 및 상세불명 부분 소장의 양성신생물	D13.3
	부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13.9
비장의 질환	비장의 질환	D73
기타 소화기 질환	위 및 십이지장의 기타 질환	K31
	장의 기타 질환	K63
	달리 분류된 질환에서의 당낭 및 담도 장애	K87.0
	장흡수장애	K90
	소화계통의 기타 질환	K92
	달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애 (장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3) 제외)	K93 (K93.0 제외)
요도결석증	요도결석	N21.1
	기타 하부요로결석	N21.8
	상세불명의 하부요로결석	N21.9
비뇨기의 기타질환	상세불명의 신장 급통증	N23
	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타장애	N29
	달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염(A18.11) 제외)	N33 (N33.0 제외)
	달리 분류된 질환에서의 요도장애	N37
	비뇨계통의 기타 장애 (스트레스 요실금 제외) (기타 명시된 요실금 제외)	N39 (N39.3 제외) (N39.4 제외)
난소 및	난관염 및 난소염	N70

분류항목		분류번호
난관의 질환	난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애	N83
여성골반내 기관의 염증성질환	자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환	N71
	자궁경부의 염증성 질환	N72
	기타 여성골반염증질환	N73
	달리 분류된 기타 질환에서의 여성골반염증장애	N74.8
	바르톨린선의 질환	N75
	질 및 외음부의 기타 염증	N76
	달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N77
	- 외음 및 질의 칸디다증	B37.3
여성생식관의 비염증성 장애	자궁내막증	N80
	여성생식기탈출	N81
	여성생식관을 침범한 누공	N82
	여성생식관의 용종	N84
	자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애	N85
	자궁경부의 미란 및 외반	N86
	자궁경부의 이형성	N87
	자궁경부의 기타 비염증성 장애 (자궁경부의 무력증 제외)	N88 (N88.3 제외)
	질의 기타 비염증성 장애	N89
	외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애	N90
	무월경, 소량 및 희발 월경	N91
	과다, 빈발 및 불규칙 월경	N92
	기타 이상 자궁 및 질 출혈	N93
	여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태	N94
	폐경 및 기타 폐경전후 장애	N95
여성생식기의 양성신생물	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성 신생물	D26
	난소의 양성 신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D28
유방의 양성신생물	유방의 양성 신생물	D24

분류항목		분류번호
유방의 비대	유방의 비대	N62
유방의 장애	양성 유방형성이상	N60
	유방의 염증성 장애	N61
	유방의 상세불명의 덩이	N63
	유방의 기타 장애	N64
전신결합조직 장애	전신홍반루푸스 (신장침범 동반 전신홍반루푸스(N08.5, N16.4) 제외)	M32 (M32.1 중 N08.5, N16.4 연관 질병 제외)
	피부다발근염	M33
	전신경화증	M34
누적외상성 질환	결합조직의 기타 전신침범	M35
	기타 연조직장애 (발비닥근막성 섬유종증 제외) (어깨병변 제외)	M70-M79 (M72.2 제외) (M75 제외)
변형성 등병증	척주후만증 및 척주전만증	M40
	척주측만증	M41
	척추골연골증	M42
	기타 변형성 등병증	M43
척추병증	강직척추염	M45
	기타 염증성 척추병증	M46
	척추증	M47
	기타 척추병증	M48
	- 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.2
	- 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박	G55.3
기타 등병증	달리 분류되지 않은 기타 등병증	M53
	등통증	M54
근육장애	근육 장애	M60-M63
윤활막 및 힘줄장애	윤활막 및 힘줄장애	M65-M68
발비닥근막염	발비닥근막성 섬유종증	M72.2

분류항목		분류번호
어깨병변	어깨병변	M75
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증	M80
	병적 골절이 없는 골다공증	M81
	달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
	골연속성의 장애	M84
골괴사증	골괴사	M87
연골병증	고관절 및 골반의 연소성 골연골증	M91
	기타 연소성 골연골증	M92
	기타 골연골병증	M93
	연골의 기타 장애	M94
황반변성	황반 및 후극부의 변성	H35.3
동맥 및 세동맥의 질환	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
하지정맥류	하지의 정맥류	I83
코의 기타질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	J30
	만성 비염, 비인두염 및 인두염	J31
	코용종	J33
	코 및 비동의 기타 장애	J34
인후부위의 특정질환	편도주위농양	J36
	만성 후두염 및 후두기관염	J37
	상기도의 기타 질환	J39
성대결절	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환	J38
외부요인에 의한 폐질환	외부요인에 의한 폐질환	J60-J70
조직의 양성신생물	중피조직의 양성 신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D21
남성생식기 양성신생물	남성생식기관의 양성 신생물	D29

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련21] 요실금 분류표

약관에 규정하는 요실금으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 스트레스 요실금	N39.3
2. 기타 명시된 요실금	N39.4
3. 상세불명의 요실금	R32

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련22] 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상 분류표

약관에 규정하는 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 신경계통의 선천기형	Q00-Q07
2. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
3. 순환계통의 선천기형	Q20-Q28
4. 호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
5. 구순열 및 구개열	Q35-Q37
6. 소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
7. 생식기관의 선천기형	Q50-Q56
8. 비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
9. 근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
10. 기타 선천기형	Q80-Q89
11. 달리 분류되지 않은 염색체이상	Q90-Q99

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련23] 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 "표적항암제" 해당 의약품명 및 성분명은 2019년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 「표적항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명
1. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
3. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「표적항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	애플리버셉트 aflibercept	잘트랩주25mg/mL(애플리버셉트)
2	알렉티닙염산염 alectinib	알레센자캡슐150밀리그램(알렉티닙염산염)
3	아파티닙이말레산염 afatinib	지오트립정20밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정30밀리그램(아파티닙이말레산염)
		지오트립정40밀리그램(아파티닙이말레산염)
4	엑시티닙 axitinib	인라이타정1밀리그램(엑시티닙)
		인라이타정5밀리그램(엑시티닙)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	벨조밉주1밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨조밉주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨케이드주(보르테조밉삼합체)
		벨킨주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		벨킨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		보테벨주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
5	보르테조밉삼합체 bortezomib	테조민주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조민주3.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
		테조벨주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주(보르테조밉삼합체)
		프로테조밉주2.5밀리그램(보르테조밉삼합체)
6	카보잔티닙 cabozantinib	카보메틱스정20밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정40밀리그램(카보잔티닙)
		카보메틱스정60밀리그램(카보잔티닙)
7	카르필조밉 carfilzomib	키프롤리스주30밀리그램(카르필조밉)
		키프롤리스주60밀리그램(카르필조밉)
8	세리티닙 ceritinib	자이카디아캡슐150밀리그램(세리티닙)
9	코비메티닙 cobimetinib	코텔릭정20밀리그램(코비메티닙)
10	크리조티닙 crizotinib	잴코리캡슐200밀리그램(크리조티닙)
		잴코리캡슐250밀리그램(크리조티닙)
11	다브라페닙메실산염 dabrafenib	라핀나캡슐50밀리그램(다브라페닙메실산염)
		라핀나캡슐75밀리그램(다브라페닙메실산염)
12	다사티닙 dasatinib	스프라이셀정100밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정20밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정50밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정70밀리그램(다사티닙)
		스프라이셀정80밀리그램(다사티닙)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	광동엘로티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		광동엘로티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		디쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로쎄타정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘로팁정100밀리그램(엘로티닙염산염)(수출용)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
13	엘로티닙염산염 erlotinib	엘로팁정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		엘티닙정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄바정25밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정100밀리그램(엘로티닙염산염)
		타쎄원정150밀리그램(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정100mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정150mg(엘로티닙염산염)
		테바엘로티닙정25mg(엘로티닙염산염)
14	에베로리무스 everolimus	아피니토정10밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정2.5밀리그램(에베로리무스)
		아피니토정5밀리그램(에베로리무스)
		에리니토정10mg(에베로리무스)
15	게피티니브 gefitinib	레피사정(게피티니브)
		스펙사정250밀리그램(게피티니브)
		이레사정(게피티니브)
		이레티닙정250밀리그램(게피티니브)
		이레피논정(게피티니브)
		제피티닙정(게피티니브)
16	이브루티닙 ibrutinib	임브루비카캡슐140밀리그램(이브루티닙)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글로팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리마정400밀리그램(이매티닙메실산염)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
17	이매티닙메실산염 imatinib	글리벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리부렌정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정300밀리그램(이매티닙메실산염)
		글리티브필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		루키벡필름코팅정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		류코벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		유니팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이니벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
17	이매티닙메실산염 imatinib	이매티퀄정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		이매팁정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		제이티닙정400밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정100밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정200밀리그램(이매티닙메실산염)
		케어벡정400밀리그램(이매티닙메실산염)
18	익사조밉시트레이트 ixazomib	닌라로캡슐2.3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐3밀리그램(익사조밉시트레이트)
		닌라로캡슐4밀리그램(익사조밉시트레이트)
19	라파티닙디토실레이트 lapatinib	타이커브정250밀리그램(라파티닙디토실레이트)
20	렌바티닙메실산염 lenvatinib	렌비마캡슐10밀리그램(렌바티닙메실산염)
		렌비마캡슐4밀리그램(렌바티닙메실산염)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
21	닐로티닙 염산염일수화물 nilotinib	타시그나캡슐150밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
		타시그나캡슐200밀리그램(닐로티닙염산염일수화물)
22	올라파립 olaparib	린파자캡슐50밀리그램(올라파립)
23	올무티닙 염산염일수화물 olmutinib	올리타정200밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
		올리타정400밀리그램(올무티닙염산염일수화물)
24	오시머티닙 osimertinib	타그리소정40밀리그램(오시머티닙메실산염)
		타그리소정80밀리그램(오시머티닙메실산염)
25	팔보시클립 palbociclib	입랜스캡슐100mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐125mg(팔보시클립)
		입랜스캡슐75mg(팔보시클립)
26	파조파닙염산염 pazopanib	보트리엔트정200밀리그램(파조파닙염산염)
		보트리엔트정400밀리그램(파조파닙염산염)
27	포나티닙염산염 ponatinib	아이클루시그정15밀리그램(포나티닙염산염)
		아이클루시그정45밀리그램(포나티닙염산염)
28	라도티닙염산염 radotinib	슈펙트캡슐100밀리그램(라도티닙염산염)
		슈펙트캡슐200밀리그램(라도티닙염산염)
29	레고라페닙 regorafenib	스티바가정40밀리그램(레고라페닙)
30	룩소리티닙인산염 ruxolitinib	자카비정5밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정10밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정15밀리그램(룩소리티닙인산염)
		자카비정20밀리그램(룩소리티닙인산염)
31	소라페닙토실레이트 (미분화) sorafenib	넥사바정200밀리그램(소라페닙토실레이트(미분화))
32	수니티닙말산염 sunitinib	수텐캡슐12.5밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐25밀리그램(수니티닙말산염)
		수텐캡슐50밀리그램(수니티닙말산염)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
33	템시롤리무스 temsirolimus	토리셀주(템시롤리무스)
34	트라메티닙 디메틸설폭시드 trametinib	매큐셀정0.5밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
		매큐셀정2밀리그램(트라메티닙디메틸설폭시드)
35	반데타닙 vandetanib	카프렐사정100밀리그램(반데타닙)
		카프렐사정300밀리그램(반데타닙)
36	베무라페닙 vemurafenib	젤보라프정240밀리그램(베무라페닙)
37	비스모데깁 vismodegib	에리벳지캡슐150밀리그램(비스모데깁)
38	파노비노스타트락트산염 panobinostat	파리닥캡슐10밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐15밀리그램(파노비노스타트락트산염)
		파리닥캡슐20밀리그램(파노비노스타트락트산염)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레날도캡슐2.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐7.5mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐10mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐15mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐20mg(레날리도마이드)
		레날도캡슐25mg(레날리도마이드)
		레날로마캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레날로마캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		레날리드정(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐2.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐5밀리그램(레날리도마이드)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
39	레날리도마이드 lenalidomide	레블리미드캡슐7.5밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐10밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐15밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐20밀리그램(레날리도마이드)
		레블리미드캡슐25밀리그램(레날리도마이드)
		알보젠레날리도마이드캡슐5밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐10밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐15밀리그램
		알보젠레날리도마이드캡슐25밀리그램
40	보리노스타트 vorinostat	졸린자캡슐100밀리그램(보리노스타트)
41	브리가티닙 brigatinib	알룬브릭정30밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정90밀리그램(브리가티닙)
		알룬브릭정180밀리그램(브리가티닙)
42	미도스타우린 midostaurin	라이답연질캡슐25밀리그램(미도스타우린)
43	니라파립 토실산염일수화물 niraparib	제줄라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)
44	퍼투주맙 pertuzumab	퍼제타주(퍼투주맙)
45	트라스투주맙엠탄신 trastuzumabemtansine	캐싸일라주100밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주160밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
46	트라스투주맙 trastuzumab	삼페넷주150밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴주150밀리그람(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허셉틴주440밀리그램(트라스투주맙)
		허셉틴피하주사600밀리그램(트라스투주맙)
		허쥬마주150mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
		허쥬마주440mg(트라스투주맙)(단클론항체,유전자재조합)
47	올라라투맙 olaratumab	라트루보주10밀리그램/밀리리터(올라라투맙,유전자재조합)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
48	오비누투주맙 obinutuzumab	가싸이바주(오비누투주맙,유전자재조합)
49	엘로투주맙 elotuzumab	엠플리시티주300밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
		엠플리시티주400밀리그램(엘로투주맙,유전자재조합)
50	실툭시맙 siltuximab	실반트주100밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
		실반트주400밀리그램(실툭시맙,유전자재조합)
51	세툭시맙 cetuximab	얼비툭스주5mg/mL(세툭시맙)
52	블리나투모맙 blinatumomab	블린사이토주35마이크로그램(블리나투모맙,유전자재조합)
53	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
54	베바시주맙 bevacizumab	아바스틴주(베바시주맙)
55	리툭시맙 rituximab	맙테라주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
		맙테라피하주사(리툭시맙)(유전자재조합)
		트룩시마주(리툭시맙)(단클론항체,유전자재조합)
56	라무시루맙 ramucirumab	사이람자주10밀리그램/밀리리터(라무시루맙,유전자재조합)
57	다라투무맙 daratumumab	다잘렉스주(다라투무맙)
58	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
59	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주240mg(니볼루맙,유전자재조합)
60	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
61	탈리도마이드 thalidomide	세엘진탈리도마이드캡슐50밀리그램
		탈라이드캡슐100mg(탈리도마이드)
		탈라이드캡슐50mg(탈리도마이드)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
61	탈리도마이드 thalidomide	탈로다캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈로다캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐100밀리그램(탈리도마이드)
		탈리그로브캡슐50밀리그램(탈리도마이드)
62	포말리도마이드 pomalidomide	포말리스트캡슐1밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐2밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐3밀리그램(포말리도마이드)
		포말리스트캡슐4밀리그램(포말리도마이드)
63	이필리무맙 ipilimumab	여보이주200밀리그램/40밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주50밀리그램/10밀리리터(이필리무맙,유전자재조합)
64	더발루맙 durvalumab	임핀지주(더발루맙)
65	이노투주맙 오조가마이신 inotuzumab	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
66	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
67	테르토모타이드 염산염 tertomotide	리아백스주(테르토모타이드염산염)
68	아베마시클립 abemaciclib	버제니오정50밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정100밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정150밀리그램(아베마시클립)
		버제니오정200밀리그램(아베마시클립)
69	베네토클락스 venetoclax	벤클렉스타정10밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정50밀리그램(베네토클락스)
		벤클렉스타정100밀리그램(베네토클락스)

[별표-질병관련24] 독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련25] 2대주요기관 양성종양 분류표

약관에 규정하는 2대주요기관 양성종양으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
뇌	수막의 양성 신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
	두개인두관의 양성 신생물	D35.3
	송과선의 양성 신생물	D35.4
심장	심장의 양성 신생물	D15.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련26] 특정5대 호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정5대호흡계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
특정 바이러스성 폐렴	아데노바이러스폐렴	J12.0
	파라인플루엔자바이러스폐렴	J12.2
	사람메타뉴모바이러스폐렴	J12.3
특정세균성 폐렴	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
하부호흡기 특정질환	폐기종	J43
	기관지확장증	J47
특정외부요인 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. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련27] 특정2대 호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정2대호흡계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		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. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련28] 특정6대 소화계질환 분류표

약관에 규정하는 특정6대소화계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
특정식도궤양	출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
특정위궤양	출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
	천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
특정십이지장궤양	출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
	천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
특정소화성궤양	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
특정위장염 및 결장염	방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
	독성 위장염 및 결장염	K52.1

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련29] 특정4대 소화계질환 분류표

약관에 규정하는 특정4대소화계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
특정게실염	천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.04
	천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.24
	천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.44
	천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.84
충수질환	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38
복막질환	복막염	K65
	복막의 기타 장애	K66
기타장질환	장의 혈관장애	K55

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련30] 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행)

제4조(중증질환자 산정특례 대상)

영 제19조 제1항 [별표2] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용 총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)

영 제19조제1항 별표2 제3호 나목2)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용총액의 100분의 10 또는 영 별표2 제2호 가목의 산식에 따라 계산한 금액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담하는 희귀질환 대상은 별표4와 같고 중증난치질환은 별표4의2와 같다.

제5조의3(중증난치질환의 정의)

중증난치질환이란 치료법은 있으나 완치가 어렵고 지속적인 치료가 필요하며 치료를 중단하는 경우 사망 또는 심각한 장애를 초래하는 수준의 증상을 보이며 진단 및 치료에 드는 사회·경제적 부담이 상당한 수준을 보이는 질환으로 별표4의2에 해당 하는 질환을 말한다.

제7조(산정특례 등록 신청 등)

① 제4조, 제5조 또는 제5조의2의 산정특례 대상에 해당하여 등록을 하려는 사람(이하 "등록신청인"이라 한다)은 요양기관에서 확인한 별지 제1호서식, 별지 제1호의2서식, 별지 제2호서식 또는, 별지 제3호서식 또는 별지 제3호의2서식의 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다) 또는 요양기관에 제출해야 한다. 이 경우 그 등록신청일은 건강보험 산정특례 등록신청서가 공단에 제출된 날로 한다.

② 제5조의 산정특례 대상자 중 극희귀질환자, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상 질환자는 공단 이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 공단에 제1항의 신청을 하여야 한다. 다만, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자는 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 한다.

③ 산정특례는 진단확진일로부터 30일 이내 신청 시 확진일로부터 소급하여 적용하고, 30일 이후에 신청 시 신청일부터 적용한다. 다만, 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회에서 상세불명희귀질환 및 기타염색체이상질환임을 판정한 날로부터 적용한다.

④ 제3항에도 불구하고 제4조 중 암환자로 등록된 자가 산정특례 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)에 대하여 산정특례를 신청한 경우, 추가로 발생한 암의 진단확진일 부터 적용한다.

⑤ 요양기관은 건강보험 산정특례 등록신청서 작성·제출 등에 소요되는 비용의 지급을 공단 또는 등록신청인에게 별도로 청구하지 못한다.

⑥ 공단 이사장은 산정특례 등록 신청을 위해 필요한 질환별 특례 충족기준을 등록신청인 및 요양기관에 제공하고, 등록신청인 및 요양기관은 충족 여부를 확인한 후 신청하여야 한다.

⑦ 공단은 산정특례 등록 자료의 확인이 필요하다고 인정되는 경우 산정특례 등록자 및 요양기관에 검사내역 등 자료를 제공하도록 요청 할 수 있다.

⑧ 제7항에 따라 자료 제공을 요청받은 자는 성실히 이에 응하여야 한다.

⑨ 제1항에도 불구하고 제5조의2의 대상자가 결핵치료를 위하여 여러 요양기관에서 요양급여를 받는 경우 요양기관마다 별지 제3호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서를 공단 또는 요양기관에 제출하여야 한다.

⑩ 제9항에 의거 산정특례 등록 신청 된 요양기관은 다음 각 호의 산정특례 종료사유가 발생한 경우 공단에 산정특례 종료신청을 하여야 한다. 다만 공단이 국가 등으로부터 결핵예방법 시행규칙 제3조제2항에 따라 신고한 자료를 확인 할 수 있는 경우에는 종료신청을 하지 아니 할 수 있다.

1. 완치 또는 완료
2. 중단 및 다른 요양기관으로 전원
3. 사망
4. 진단변경

[별표-질병관련31] 희귀질환 및 중증난치질환 분류표

약관에 규정하는 희귀질환 및 중증난치질환으로 분류되는 질병은 보건복지부가 고시하는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상에 해당하는 질병 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	특정기호	상병명	상병코드
희귀질환	V009	1. 유전성 제8인자결핍	D66
		2. 유전성 제9인자결핍	D67
		3. 폰빌레브란트병	D68.0
		4. 유전성 제11인자결핍	D68.1
		5. 기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2
희귀질환	V102	6. 크로이츠펠트-야콥병	A81.0
희귀질환	V163	7. 포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0
희귀질환	V164	8. 해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2
희귀질환	V232	9. 알파지중해빈혈	D56.0
		10. 베타지중해빈혈	D56.1
		11. 델타-베타지중해빈혈	D56.2
		12. 지중해빈혈 소질	D56.3
		13. 태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4
희귀질환	V219	14. 비정형 용혈-요독증후군	D59.3
희귀질환	V187	15. 발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5
희귀질환	V023	16. 만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0
		17. 원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0
		18. 특발성 무형성빈혈	D61.3
		19. 골수형성저하	D61.9
희귀질환	V220	20. 선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4
희귀질환	V253	21. 항인지질증후군	D68.6
희귀질환	V106	22. 정성적 혈소판결손	D69.1
희귀질환	V188	23. 에반스증후군	D69.3
희귀질환	V108	24. 선천성 무과립구증	D70
희귀질환	V109	25. 선천성 이상식작용증	D71
희귀질환	V110	26. 혈구탐식성 림프조직구증	D76.1
		27. 세망조직구종(거대세포)	D76.3
희귀질환	V111	28. X-연관무감마글로불린혈증[브루톤](성장호르몬 결핍을 동반)	D80.0
		29. 공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1
		30. 면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2
		31. 면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3
		32. 면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4
		33. 면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5
		34. 거의 정상의 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6
		35. 항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8
		36. 세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0
		37. T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1
		38. B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2
		39. 아데노신탈아미노효소결핍	D81.3
		40. 네젤로프증후군	D81.4
		41. 퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5
		42. 주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6
		43. 주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7
		44. 바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8
		45. 중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9
		46. 혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0
		47. 디죠지증후군	D82.1
		48. 짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2
		49. 엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3
		50. 고면역글로불린E증후군	D82.4
		51. B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통가변성 면역결핍	D83.0
		52. 현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통가변성 면역결핍	D83.1
		53. B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통가변성 면역결핍	D83.2
		54. 림프구기능항원-1결손	D84.0
		55. C1에스터레이스억제인자결핍	D84.1
		56. 폐의 사르코이드증	D86.0

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		57. 림프절의 사르코이드증	D86.1
		58. 림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2
		59. 피부의 사르코이드증	D86.3
		60. 사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8
희귀질환	V294	61. 한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1
희귀질환	V112	62. 말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0
희귀질환	V165	63. 쉬한증후군	E23.0
희귀질환	V114	64. 뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0
		65. 넬슨증후군	E24.1
		66. 이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3
희귀질환	V115	67. 효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0
		68. 부신생식기증후군 NOS	E25.9
희귀질환	V254	69. 바터증후군	E26.8
희귀질환	V116	70. 원발성 부신피질부전	E27.1
		71. 애디슨발증	E27.2
		72. 부신출혈	E27.4
희귀질환	V166	73. 송과선 기능이상	E34.8
희귀질환	V207	74. 활동성 구루병	E55.0
희귀질환	V117	75. 고전적 페닐케톤뇨증	E70.0
		76. 기타 고페닐알라닌혈증	E70.1
		77. 타이로신대사장애	E70.2
		78. 눈피부백색증	E70.3
		79. 히스티딘대사장애	E70.8
		80. 단풍시럽뇨병	E71.0
		81. 프로피온산혈증	E71.1
		82. 지방산대사장애	E71.3
		83. 아미노산운반장애	E72.0
		84. 유황함유아미노산대사장애	E72.1
		85. 요소회로대사장애	E72.2
		86. 라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3
		87. 오르니틴대사장애	E72.4
		88. 글라이신대사장애	E72.5
		89. 감마글루타밀회로의 장애	E72.8
		90. 선천성 젖당분해효소결핍	E73.0
		91. 글리코젠축적병 1b형 A	E74.0

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		92. 갈락토스혈증	E74.2
		93. 포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4
		94. 옥살산뇨	E74.8
		95. 샌드호프병	E75.0
		96. 강글리오시드증 NOS	E75.1
		97. 파브리(-앤더슨)병	E75.2
		98. 신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4
		99. 월만병	E75.5
		100. I형 점액다당류증	E76.0
		101. II형 점액다당류증	E76.1
		102. 모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2
		103. 뮤코지질증III[거짓헐러다발디스트로피]	E77.0
		104. 푸고스축적증	E77.1
희귀질환	V221	105. 레쉬-니한증후군	E79.1
희귀질환	V118	106. 유전성 코프로포르피린증	E80.2
희귀질환	V119	107. 구리대사장애	E83.0
희귀질환	V255	108. 혈색소증	E83.1
희귀질환	V189	109. 산성인산분해효소결핍	E83.3
희귀질환	V120	110. 폐증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.0
		111. 장증상을 동반한 낭성 섬유증	E84.1
희귀질환	V121	112. 유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0
		113. 아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1
		114. 상세불명의 유전가족성 아밀로이드증	E85.2
		115. 기관한정아밀로이드증	E85.4
희귀질환	V256	116. 뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[란다우-클레프너]	F80.3
희귀질환	V122	117. 레트증후군	F84.2
희귀질환	V123	118. 헌팅톤병	G10
		119. 선천성 비진행성 운동실조	G11.0
		120. 조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1
		121. 만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2
		122. DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3
		123. 유전성 강직성 하반신마비	G11.4
		124. 기타 유전성 운동실조	G11.8
		125. 상세불명의 유전성 운동실조	G11.9

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		126. 영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0
		127. 기타 유전성 척수성 근위축	G12.1
		128. 운동신경세포병(단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2 (G12.28 제외)
		129. 기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8
		130. 상세불명의 척수성 근위축	G12.9
희귀질환	V257	131. 할러포르덴-스파츠병	G23.0
희귀질환	V190	132. 진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-올스제위스키]	G23.1
희귀질환	V208	133. 아급성 괴사성 뇌병증[리이]	G31.81
희귀질환	V022	134. 다발경화증	G35
희귀질환	V276	135. 시신경척수염[데빅병]	G36.0
희귀질환	V233	136. 레녹스-가스토증후군	G40.4
희귀질환	V125	137. 긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0
		138. 소발작뇌전증지속상태	G41.1
		139. 복합부분뇌전증지속상태	G41.2
		140. 기타 뇌전증지속상태	G41.8
		141. 상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9
희귀질환	V234	142. 발작수면 및 허탈발작	G47.4
희귀질환	V167	143. 멜커슨증후군	G51.2
희귀질환	V169	144. 데제린-소타스병	G60.0
희귀질환	V126	145. 길랭-바레증후군	G61.0
		146. 다초점 운동신경병증	G61.8
희귀질환	V012	147. 중증근무력증	G70.0
		148. 선천성 및 발달성 근무력증	G70.2
		149. 조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리 [에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0
		150. 근긴장장애	G71.1
		151. 다발심 병	G71.2
		152. 달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3
		153. 유전성 근병증 NOS	G71.9
희귀질환	V258	154. 주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3
희귀질환	V259	155. 람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1
희귀질환	V177	156. 복합부위통증증후군 I형	G90.5

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
희귀질환	V168	157. 복합부위통증증후군 II형	G90.6
희귀질환	V172	158. 척수공동증 및 연수공동증	G95.0
희귀질환	V307	159. 원추각막	H18.6
희귀질환	V295	160. 맥락막결손	H31.2
희귀질환	V260	161. 코츠망막병증	H35.0
희귀질환	V209	162. 색소망막염	H35.51
		163. 스타르가르트병	H35.58
		164. 레베르선천성흑암시	H35.59
희귀질환	V261	165. 컨스-세이어증후군	H49.8
희귀질환	V202	166. 원발성 폐동맥고혈압	I27.0
희귀질환	V226	167. 아이젠멘거복합	I27.8
희귀질환	V127	168. 비가역적 확장성 심근병증	I42.0
		169. 폐색성 비대성 심근병증	I42.1
		170. 비폐색성 비대성 심근병증	I42.20
		171. 심내막심근(호산구성)병	I42.3
		172. 심내막탄력섬유증	I42.4
희귀질환	V296	173. 긴QT증후군	I49.82
희귀질환	V128	174. 모야모야병	I67.5
희귀질환	V129	175. 폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
희귀질환	V297 V235	176. 유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0
희귀질환	V173	177. 버드-키아리증후군	I82.0
희귀질환	V222	178. 폐포단백질증	J84.0
희귀질환	V236	179. 특발성 폐섬유증	J84.1
희귀질환	V130	180. 소장의 크론병	K50.0
		181. 대장의 크론병	K50.1
		182. 소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8
희귀질환	V174	183. 원발성 담즙성 경변증	K74.3
희귀질환	V175	184. 자가면역성 간염	K75.4
희귀질환	V262	185. 원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0
희귀질환	V132	186. 보통천포창	L10.0
희귀질환	V210	187. 낙엽천포창	L10.2
희귀질환	V211	188. 수포성 유사천포창	L12.0
희귀질환	V212	189. 흉터유사천포창	L12.1

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
희귀질환	V176	190. 후천성 수포성 표피박리증	L12.3
희귀질환	V298	191. 성인발병 스틸병	M06.1
희귀질환	V133	192. 류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스 관절염	M08.0
		193. 연소성 강직척추염	M08.1
		194. 전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
		195. (혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3
희귀질환	V134	196. 결절성 다발동맥염	M30.0
		197. 폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
		198. 연소성 다발동맥염	M30.2
희귀질환	V135	199. 굿파스쳐증후군	M31.0
		200. 혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1
		201. 베게너육아종증	M31.3
		202. 대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
희귀질환	V238	203. 현미경적 다발동맥염	M31.7
희귀질환	V136	204. 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1
희귀질환	V137	205. 연소성 피부근염	M33.0
		206. 기타 피부근염	M33.1
		207. 다발근염	M33.2
희귀질환	V138	208. 진행성 전신경화증	M34.0
		209. 크레스트증후군	M34.1
		210. 폐침범을 동반한 전신경화증†(J99.1*)	M34.8
희귀질환	V139	211. 근병증을 동반한 쉐그렌증후군 (G73.7*)	M35.0
		212. 혼합결합조직병	M35.1
		213. 베체트병	M35.2
		214. 류마티스성 다발근통	M35.3
		215. 미만성(호산구성) 근막염	M35.4
		216. 다초점 섬유경화증	M35.5
		217. 재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
희귀질환	V224	218. 진행성 골화섬유형성이상	M61.1
희귀질환	V281	219. 가족샘종폴립증	M8220/0 (D12.6)
희귀질환	V213	220. 두개골의 파젯병	M88.0
		221. 기타 뼈의 파젯병	M88.8
		222. 상세불명의 뼈의 파젯병	M88.9

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
희귀질환	V299	223. 수근반달뼈의 골연골증(연소성)(킨뵉)	M92.2
		224. 성인의 킨뵉병	M93.1
희귀질환	V178	225. 재발성 다발연골염	M94.1
희귀질환	V263	226. 소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0
		227. 초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1
		228. 미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2
		229. 미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3
		230. 미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4
		231. 미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5
		232. 고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6
		233. 미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7
희귀질환	V141	234. 신장성 요붕증	N25.1
희귀질환	V239	235. 댄디-워커증후군	Q03.1
희귀질환	V214	236. 무뇌이랑증	Q04.3
희귀질환	V240	237. 분열뇌증	Q04.6
희귀질환	V179	238. 수두증을 동반한 이분경추	Q05.0
		239. 수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1
		240. 수두증을 동반한 이분요추	Q05.2
		241. 수두증을 동반한 이분천추	Q05.3
		242. 수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4
		243. 수두증이 없는 이분경추	Q05.5
		244. 수두증이 없는 이분흉추	Q05.6
		245. 이분요천추 NOS	Q05.7
		246. 수두증이 없는 이분천골	Q05.8
		247. 상세불명의 이분척추	Q05.9
희귀질환	V180	248. 척수이개증	Q06.2
희귀질환	V143	249. 아놀드-키아리증후군	Q07.0
희귀질환	V291	250. 소이증(小耳症)	Q17.2
희귀질환	V144	251. 총동맥간	Q20.0
		252. 타우시그-빙증후군	Q20.1

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		253. 이중출구좌심실	Q20.2
		254. 대혈관의 (완전)전위	Q20.3
희귀질환	V225	255. 단일심실	Q20.4
희귀질환	V144	256. 수정혈관전위	Q20.5
희귀질환	V269	257. 방실중격결손	Q21.2
		258. 팔로네징후	Q21.3
		259. 대동맥폐동맥창	Q21.4
희귀질환	V226	260. 아이젠멩거결손	Q21.8
희귀질환	V145	261. 폐동맥판폐쇄	Q22.0
희귀질환	V146	262. 삼첨판폐쇄	Q22.4
		263. 에브스타인이상	Q22.5
		264. 형성저하성 우심증후군	Q22.6
희귀질환	V147	265. 대동맥판의 선천협착	Q23.0
		266. 이첨대동맥판막	Q23.1
		267. 선천성 승모판협착	Q23.2
		268. 선천성 승모판기능부전	Q23.3
		269. (승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥 구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4
		270. 대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8
		271. 대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9
희귀질환	V270	272. 선천성 대동맥판협착	Q24.4
희귀질환	V148	273. 관상동맥혈관의 기형	Q24.5
희귀질환	V271	274. 선천성 심장차단	Q24.6
희귀질환	V272	275. 대동맥의 촉착	Q25.1
		276. 대동맥의 폐쇄	Q25.2
		277. 판막상부 대동맥협착	Q25.3
희귀질환	V149	278. 폐동맥의 폐쇄	Q25.5
희귀질환	V150	279. 대정맥의 선천성 협착	Q26.0
		280. 좌상대정맥존속	Q26.1
		281. 전폐정맥결합이상	Q26.2
		282. 부분폐정맥결합이상	Q26.3
		283. 상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4
		284. 문맥결합이상	Q26.5
		285. 문맥-간동맥루	Q26.6

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
희귀질환	V241	286. 무설증(無舌症)	Q38.3
희귀질환	V181	287. 담관의 폐쇄	Q44.2
희귀질환	V264	288. 다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1
희귀질환	V227	289. 방광외반	Q64.1
희귀질환	V292	290. 선천성 다발관절만곡증	Q74.3
희귀질환	V265	291. 두개골유합	Q75.0
희귀질환	V151	292. 크루존병	Q75.1
희귀질환	V182	293. 하악안면골이골증	Q75.4
희귀질환	V228	294. 연골무발생증	Q77.0
		295. 치사성 단신	Q77.1
		296. 질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2
		297. 점상 연골형성이상	Q77.3
		298. 연골무형성증	Q77.4
		299. 디스트로피성 형성이상	Q77.5
		300. 엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6
		301. 척추골단형성이상	Q77.7
		302. 관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타 골연골형성이상	Q77.8
		303. 관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9
희귀질환	V183	304. 불완전골형성	Q78.0
희귀질환	V154	305. 다골성 섬유성 형성이상	Q78.1
희귀질환	V229	306. 골화석증	Q78.2
희귀질환	V266	307. 카무라티-엥겔만증후군	Q78.3
희귀질환	V230	308. 내연골종증	Q78.4
희귀질환	V215	309. 필레증후군	Q78.5
희귀질환	V242	310. 다발선천외골증	Q78.6
희귀질환	V155	311. 선천성 횡격막탈장	Q79.0
		312. 횡격막결여	Q79.1
		313. 배꼽내장탈장	Q79.2
		314. 복벽파열증	Q79.3
		315. 말린자두배증후군	Q79.4
		316. 복벽의 기타 선천기형	Q79.5
		317. 엘러스-단로스증후군	Q79.6
		318. 근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		319. 근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9
희귀질환	V300	320. X-연관비늘증 321. 할리퀸태아	Q80.1 Q80.4
희귀질환	V184	322. 치사성 수포성 표피박리증 323. 디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.1 Q81.2
희귀질환	V156	324. 신경섬유종증(비악성)	Q85.0
희귀질환	V204	325. 결절성 경화증	Q85.1
희귀질환	V216	326. 폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8
희귀질환	V157	327. (이상형태성) 태아알코올증후군	Q86.0
희귀질환	V185	328. 고란-샤우드리-모스 증후군	Q87.0
희귀질환	V158	329. 드 랑즈 증후군	Q87.1
희귀질환	V243	330. 루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2
희귀질환	V244	331. 소토스 증후군	Q87.3
희귀질환	V186	332. 마르팡증후군	Q87.4
희귀질환	V267	333. 알포트 증후군	Q87.8
희귀질환	V159	334. 21삼염색체증, 감수분열비분리 335. 21삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리) 336. 21삼염색체증, 전위 337. 21삼염색체증 NOS	Q90.0 Q90.1 Q90.2 Q90.9
희귀질환	V160	338. 18삼염색체증, 감수분열비분리 339. 18삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리) 340. 18삼염색체증, 전위 341. 13삼염색체증, 감수분열비분리 342. 13삼염색체증, 섞임증형(유사분열비분리) 343. 13삼염색체증, 전위 344. 13삼염색체증후군	Q91.0 Q91.1 Q91.2 Q91.4 Q91.5 Q91.6 Q91.7
희귀질환	V205	345. 5번 염색체 단완의 결손	Q93.4
희귀질환	V217	346. 캐취22증후군	Q93.5
희귀질환	V021	347. 핵형45, X 348. 핵형46, X동인자(Xq) 349. 동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X 350. 섞임증, 45, X/46, XX 또는 XY 351. 섞임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.0 Q96.1 Q96.2 Q96.3 Q96.4
희귀질환	V218	352. 클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0
		353. 클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1
		354. 클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2
희귀질환	V245	355. 취약X증후군	Q99.2
희귀질환	V900	356. 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	
희귀질환	V901	357. 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	
희귀질환	V999	358. 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료	
중증난치질환	V001	359. 인공신장투석 실시 당일 외래진료 , 해당 시술 관련 입원진료 또는 인공신장투석을 위한 혈관 시술·수술 관련 진료	
중증난치질환	V003	360. 계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료	
중증난치질환	V284	361. 후천성 응고인자결핍	D68.4
중증난치질환	V013	362. 간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	
중증난치질환	V014	363. 췌장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	
중증난치질환	V015	364. 심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	
중증난치질환	V005	365. 신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	
중증난치질환	V277	366. 폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	
중증난치질환	V278	367. 소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료	
중증난치질환	V161	368. 편집조현병 369. 파과형조현병 370. 긴장성 조현병 371. 미분화조현병 372. 조현병후우울증 373. 잔류조현병 374. 단순형조현병 375. 기타 조현병	F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		376. 상세불명의 조현병	F20.9
		377. 조현형장애	F21
		378. 망상장애	F22.0
		379. 기타 지속성 망상장애	F22.8
		380. 상세불명의 지속적 망상장애	F22.9
		381. 조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0
		382. 조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1
		383. 급성 조현병-유사정신병장애	F23.2
		384. 기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3
		385. 기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8
		386. 상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9
		387. 유도망상장애	F24
		388. 조현정동장애, 조증형	F25.0
		389. 조현정동장애, 우울증형	F25.1
		390. 조현정동장애, 혼합형	F25.2
		391. 기타 조현정동장애	F25.8
		392. 상세불명의 조현정동장애	F25.9
		393. 기타 비기질성 정신병장애	F28
		394. 상세불명의 비기질성 정신병	F29
중증난치질환	V282	395. 도슨 봉입체뇌염	A81.1
		396. 진행성 다초점백질뇌병증	A81.2
		397. 중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8
		398. 중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9
중증난치질환	V103	399. 마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0
		400. 기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1
		401. 거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2
		402. 기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3
		403. 칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4
		404. 기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5
		405. 폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.6
		406. 다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		407. 기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8
		408. 상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9
		409. 카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0
		410. 버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1
		411. 기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2
		412. 림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3
		413. 다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7
		414. 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8
		415. 상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9
		416. 뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0
		417. 림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1
		418. 소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2
		419. 달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7
		420. 급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0
		421. (지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1
		422. 달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2
		423. 기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8
		424. 상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24
중증난치질환	V162	425. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
중증난치질환	V283	426. 약물유발 무형성빈혈	D61.1
중증난치질환	V285	427. 약물유발 호중구감소	D70
중증난치질환	V286	428. 과당대사장애	E74.1
		429. 수크레이스결핍	E74.3
중증난치질환	V287	430. 신생물딸림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0

구분	특정 기호	상병명	상병 코드
		431. 신생물딸림 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1
		432. 달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경 계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8
중증난치질환	V124	433. 파킨슨병	G20
중증난치질환	V279	434. 난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01
		435. 난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21
		436. 난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31
중증난치질환	V170	437. 결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82†)	G63.0
중증난치질환	V288	438. 독성근신경장애	G70.1
중증난치질환	V201	439. 노년성 황반변성(삼출성)	H35.31
중증난치질환	V289	440. 울혈성 심근병증	I42.0
		441. 기타 비대성 심근병증	I42.28
		442. 기타 제한성 심근병증	I42.5
중증난치질환	V131	443. 궤양성 (만성) 범결장염	K51.0
		444. 궤양성 (만성) 직장염	K51.2
		445. 좌측 결장염	K51.5
		446. 기타 궤양성 대장염	K51.8
		447. 상세불명의 궤양성 대장염	K51.9
중증난치질환	V308	448. 중증 아토피성 피부염	L20.85
중증난치질환	V280	449. 중증 보통건선	L40.00
중증난치질환	V223	450. 비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스 관절염	M05.0
		451. 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1
		452. 류마티스혈관염	M05.2
		453. 기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 관절염	M05.3
		454. 기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8
		455. 상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9
중증난치질환	V237	456. 절단성 관절염(L40.5†)	M07.1
		457. 건선척추염(L40.5†)	M07.2
		458. 기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3
중증난치질환	V290	459. 괴민성 혈관염	M31.0
중증난치질환	V140	460. 강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0
		461. 강직척추염, 후두환축부	M45.1
		462. 강직척추염, 경부	M45.2
		463. 강직척추염, 경흉추부	M45.3
		464. 강직척추염, 흉추부	M45.4
		465. 강직척추염, 흉요추부	M45.5
		466. 강직척추염, 요추부	M45.6
		467. 강직척추염, 요천부	M45.7
		468. 강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8
중증난치질환	V142	469. 신생아의 호흡곤란증후군	P22.0
		470. 신생아의 기타 호흡곤란	P22.8
		471. 신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9
희귀질환	V281	472. 가족성선종폴립증	D12.6
희귀질환	V122	473. 카다실	F01.1
희귀질환	V310	474. 불완전상아질형성	K00.51
희귀질환	V264	475. 다낭성 신장, 보통염색체우성	Q61.2

주) 향후 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)으로 분류되는 질병이 변경될 경우 변경된 내용을 적용합니다.

[별표-질병관련32] 특정자가면역질환 분류표

약관에 규정하는 특정자가면역질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 중증근무력증	G70.0
2. 길랭-바레증후군	G61.0
3. 보통천포창	L10.0
4. 전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2
5. (혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3
6. 결절성 다발동맥염	M30.0
7. 폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1
8. 굿패스쳐증후군	M31.0
9. 기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1
10. 진행성 전신경화증	M34.0
11. 크레스트증후군	M34.1
12. 폐침범을 동반한 전신경화증†(J99.1*)	M34.8
13. 근육병증을 동반한 쉐그렌증후군(G73.7*)	M35.0
14. 혼합결합조직병	M35.1
15. 베체트병	M35.2
16. 류마티스성 다발근통	M35.3
17. 미만성(호산구성) 근막염	M35.4
18. 다초점 섬유경화증	M35.5
19. 재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6
20. 자가면역성 간염	K75.4
21. 후천성 수포성 표피박리증	L12.3
22. 에반스증후군	D69.3
23. 낙엽천포창	L10.2
24. 수포성 유사천포창	L12.0
25. 흉터유사천포창	L12.1
26. 항인지질증후군	D68.6
27. 람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1
28. 성인발병 스틸병	M06.1
29. 궤양성 (만성) 범결장염	K51.0
30. 궤양성 (만성) 직장염	K51.2
31. 좌측 결장염	K51.5
32. 기타 궤양성 대장염	K51.8
33. 상세불명의 궤양성 대장염	K51.9
34. 비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0
35. 류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1
36. 류마티스혈관염	M05.2
37. 기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3
38. 기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8
39. 상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9
40. 절단성 관절염(L40.5†)	M07.1
41. 건선척추염(L40.5†)	M07.2
42. 기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3
43. 강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0
44. 강직척추염, 후두환축부	M45.1
45. 강직척추염, 경부	M45.2
46. 강직척추염, 경흉추부	M45.3
47. 강직척추염, 흉추부	M45.4
48. 강직척추염, 흉요추부	M45.5
49. 강직척추염, 요추부	M45.6
50. 강직척추염, 요천부	M45.7
51. 강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련33] 전신결합조직장애 분류표

약관에 규정하는 전신결합조직장애로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 결절성 다발동맥염 및 관련 병태	M30
2. 기타 괴사성 혈관병증	M31
3. 전신홍반루푸스	M32
4. 피부다발근염	M33
5. 전신경화증	M34
6. 결합조직의 기타 전신침범	M35
7. 달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신장애	M36

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련34] 특정관절염·척추염 분류표

약관에 규정하는 특정관절병·척추염으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 화농성 관절염	M00
2. 달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접감염	M01
3. 반응성 관절병증	M02
4. 달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증	M03
5. 건선성 및 장병성 관절병증	M07
6. 강직척추염	M45

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련35] 특정패혈증 분류표

약관에 규정하는 특정패혈증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 살모넬라패혈증	A02.1
2. 패혈증형페스트	A20.7
3. 탄저병패혈증	A22.7
4. 에리시펠로트릭스 패혈증	A26.7
5. 리스테리아패혈증	A32.7
6. 연쇄알균패혈증	A40
7. 기타 패혈증	A41
8. 방선균패혈증	A42.7
9. 파종성 헤르페스바이러스병	B00.7
10. 칸디다패혈증	B37.7
11. 패혈성 쇼크	R57.2

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련36] 특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정면역항암제」 해당 의약품명 및 성분명은 2022년 5월 기준이며, 식품의약품 안전처의 신규 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료 이므로, 처방된 항암제의 「특정면역항암제」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

작용기전 분류	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
면역관문억제제	아테졸리주맙 atezolizumab	티쎈트릭주(아테졸리주맙)
	니볼루맙 nivolumab	옵디보주20mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 100mg(니볼루맙,유전자재조합)
		옵디보주 240mg(니볼루맙,유전자재조합)
	펨브롤리주맙 pembrolizumab	키트루다주(펨브롤리주맙,유전자재조합)
	이필리무맙 ipilimumab	여보이주 200 밀리그램/40 밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
		여보이주 50 밀리그램/10 밀리리터 (이필리무맙,유전자재조합)
	더발루맙 durvalumab	임핀지주(2.4mL)(더발루맙)
		임핀지주(10mL)(더발루맙)
	아벨루맙 avelumab	바벤시오주(아벨루맙)
항체약물중합체 항암치료제	트라스투주맙엠탄신 trastuzumab emtansine	캐싸일라주 100 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
		캐싸일라주 160 밀리그램(트라스투주맙엠탄신)
	브렌툭시맙베도틴 brentuximab vedotin	애드세트리스주(브렌툭시맙베도틴)
	이노투주맙오조가마이신 inotuzumab ozogamicin	베스폰사주(이노투주맙오조가마이신)
	겜투주맙오조가마이신 gemtuzumab ozogamicin	마일로탁주 4.5mg
	폴라투주맙베도틴 Polatuzumab Vedotin	폴라이비주
카티 항암치료제	티사젠렉류셀 tisagenlecleucel	킴리아주(티사젠렉류셀)

3. 성분명은 「효능효과」를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
4. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
5. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정면역항암제」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

[별표-질병관련37] 골다공증 분류표

약관에 규정하는 골다공증으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1.병적 골절을 동반한 골다공증	M80
2.병적 골절이 없는 골다공증	M81
3.달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련38] 이차성 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 이차성 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77
2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물	C78
3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물	C79

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련39] 특정 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 특정 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
2. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
3. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 진성 적혈구증가증	D45
- 골수형성이상증후군	D46
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
- 골수섬유증	D47.4
- 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. C77~C79(불명확한,이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련40] 중증질환자(암) 산정특례대상질환 분류표

약관에 규정하는 중증질환자(암) 산정특례대상질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1.시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 악성 신생물	C00~C97
2. 제자리 신생물	D00~D09
3. 수막의 양성신생물	D32
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48

주) 향후「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

[별표-질병관련41] 중증질환자(암) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자(암) 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1.시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	특정기호
제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우	V193

주) 1. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자(암) 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

[별표-질병관련42] 여성 특정유방질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 유방의 양성신생물	D24
2. 양성 유방형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61
4. 유방의 상세불명의 덩이	N63
5. 유방의 기타 장애	N64

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련43] 통합암(전이 포함)(유사암 제외) 분류표

약관에 규정하는 통합암(전이 포함)(유사암 제외)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
통합암(전이 포함)(두경부암)	입술의 악성 신생물	C00
	혀뿌리의 악성 신생물	C01
	혀의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C02
	잇몸의 악성 신생물	C03
	입바닥의 악성 신생물	C04
	구개의 악성 신생물	C05
	입의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C06
	귀밑샘의 악성 신생물	C07
	기타 및 상세불명의 주침샘의 악성 신생물	C08
	편도의 악성 신생물	C09
	입인두의 악성 신생물	C10
	비인두의 악성 신생물	C11
	이상동(梨狀洞)의 악성 신생물	C12
	하인두의 악성 신생물	C13
	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물	C14
	비강 및 중이의 악성 신생물	C30
	부비동의 악성 신생물	C31
	눈 및 부속기의 악성 신생물	C69
통합암(전이 포함)(위암 및 식도암) 통합암(전이 포함)(소장·대장·항문암 및 기타암)	식도의 악성 신생물	C15
	위의 악성 신생물	C16
	위의 이차성 악성 신생물	C78.80
	소장의 악성 신생물	C17
	결장의 악성 신생물	C18
	직장구불결장접합부의 악성 신생물	C19
	직장의 악성 신생물	C20
	항문 및 항문관의 악성 신생물	C21
	기타 및 부위불명 소화기관의 악성 신생물	C26
	소장의 이차성 악성 신생물	C78.4
	대장 및 직장의 이차성 악성 신생물	C78.5
	비장의 이차성 악성 신생물	C78.82
	기타 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.88
	상세불명의 소화기관의 이차성 악성 신생물	C78.89
통합암(전이 포함)(간담낭·담도암 및 췌장암)	간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
	담낭의 악성 신생물	C23
	담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
	췌장의 악성 신생물	C25
	간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물	C78.7
	췌장의 이차성 악성 신생물	C78.81
통합암(전이 포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)	후두의 악성 신생물	C32
	기관의 악성 신생물	C33
	기관지 및 폐의 악성 신생물	C34
	흉선의 악성 신생물	C37
	심장, 종격 및 흉막의 악성 신생물	C38
	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C39
	중피종	C45
	카포시육종	C46
	말초신경 및 자율신경계통의 악성 신생물	C47
	후복막 및 복막의 악성 신생물	C48
	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물	C49
	폐의 이차성 악성 신생물	C78.0

	종격의 이차성 악성 신생물	C78.1
	흉막의 이차성 악성 신생물	C78.2
	기타 및 상세불명의 호흡기관의 이차성 악성 신생물	C78.3
	후복막 및 복막의 이차성 악성 신생물	C78.6
통합암(전이 포함)(골·피부 등 전신 부위암)	사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40
	기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C41
	피부의 악성 흑색종	C43
	기타 및 부위불명의 악성 신생물	C76
	림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물	C77
	피부의 이차성 악성 신생물	C79.2
	골 및 골수의 이차성 악성 신생물	C79.5
	기타 명시된 부위의 이차성 악성 신생물	C79.88
	상세불명 부위의 이차성 악성 신생물	C79.9
	부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
	독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
통합암(전이 포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)	유방의 악성 신생물	C50
	신우를 제외한 신장의 악성 신생물	C64
	신우의 악성 신생물	C65
	요관의 악성 신생물	C66
	방광의 악성 신생물	C67
	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성 신생물	C68
	부신의 악성 신생물	C74
	기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
	신장 및 신우의 이차성 악성 신생물	C79.0
	방광과 기타 및 상세불명의 비뇨기관의 이차성 악성 신생물	C79.1
	유방의 이차성 악성 신생물	C79.80
	부신의 이차성 악성 신생물	C79.7
통합암(전이 포함)(여성생식기암)	외음의 악성 신생물	C51
	질의 악성 신생물	C52
	자궁경부의 악성 신생물	C53
	자궁체부의 악성 신생물	C54
	자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
	난소의 악성 신생물	C56
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
	태반의 악성 신생물	C58
	난소의 이차성 악성 신생물	C79.6
	생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
통합암(전이 포함)(남성생식기암)	음경의 악성 신생물	C60
	전립선의 악성 신생물	C61
	고환의 악성 신생물	C62
	기타 및 상세불명의 남성생식기관의 악성 신생물	C63
	생식기관의 이차성 악성 신생물	C79.81
통합암(전이 포함)(뇌암 및 중추신경계통암)	수막의 악성 신생물	C70
	뇌의 악성 신생물	C71
	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C72
	뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물	C79.3
	신경계통의 기타 및 상세불명 부분의 이차성 악성 신생물	C79.4
통합암(전이 포함)(혈액암)	호지킨림프종	C81
	소포성 림프종	C82
	비소포성 림프종	C83
	성숙T/NK-세포림프종	C84
	기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
	T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
	악성 면역증식성 질환	C88
	다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
	림프성 백혈병	C91

	골수성 백혈병	C92
	단핵구성 백혈병	C93
	명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
	상세불명 세포형의 백혈병	C95
	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물	C96
	진성 적혈구증가증	D45
	골수형성이상증후군	D46
	만성 골수증식질환	D47.1
	본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
	골수섬유증	D47.4
	만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련44] 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여) 분류표

약관에 규정하는 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술(급여)는「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	한글명	수가코드
스텐트삽입술	경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관	M6561
	경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관	M6562
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-단일혈관	M6563
	경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)-추가혈관	M6564
	경피적관상동맥스텐트삽입술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등]	M6565
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(경피적관상동맥확장술및경피적관상동맥죽상반절제술과동시)	M6567
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-폐동맥	M6604
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-대동맥	M6603
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥]	M6611
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[대동맥및장골동맥]	M6612
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식설치술 시 그래프트 고정	M6651
	대동맥 혈관내 이식편 고정술-경피적 혈관내 스텐트-이식설치술 후 그래프트 고정	M6652
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-뇌혈관	M6601
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-경동맥[추골동맥포함]	M6602
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-기타혈관	M6605
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[기타혈관]	M6613
풍선혈관성형술	경피적관상동맥확장술-단일혈관	M6551
	경피적관상동맥확장술-추가혈관	M6552
	경피적관상동맥확장술-급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술[일차적중재술 등]	M6553
	경피적관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술	M6554
	경피적풍선혈관성형술-대동맥	M6595
	경피적풍선혈관성형술-폐동맥	M6596
	경피적풍선혈관성형술-뇌혈관	M6593
	경피적풍선혈관성형술-경동맥[추골동맥포함]	M6594
	경피적풍선혈관성형술-기타혈관	M6597

[별표-질병관련45] 암 특정재활치료(급여) 분류표

약관에 규정하는「암 특정재활치료(급여)」는 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	대상항목	수가코드
기본물리치료	1. 단순운동치료	MM101
단순재활치료	2. 운동치료	
	가. 복합운동치료	MM102
	나. 등속성운동치료	MM103
	3. 압박치료	MM190
	4. 복합림프물리치료	MM200
전문재활치료 및 기타 이학요법	5. 작업치료	
	가. 단순작업치료	MM111
	나. 복합작업치료	MM112
	다. 특수작업치료	MM113
	6. 일상생활동작훈련치료	MM114
	7. 재활기능치료	
	가. 매트및이동치료	MM301
	나. 보행치료	MM302
	12. 항문직장및골반근의생체되먹이기치료	MX031
	13. 연하장애재활치료	MX141
	14. 연하재활 - 기능적전기자극치료	MZ008

[별표-질병관련46] 2대질병 특정재활치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「2대질병 특정재활치료(급여)」 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	대상항목	수가코드
기본물리치료	1. 단순운동치료	MM101
단순재활치료	2. 운동치료	
	가. 복합운동치료	MM102
	나. 등속성운동치료	MM103
	3. 압박치료	MM190
	4. 복합림프물리치료	MM200
전문재활치료 및 기타 이학요법	5. 중추신경계발달재활치료	MM105
	6. 작업치료	
	가. 단순작업치료	MM111
	나. 복합작업치료	MM112
	다. 특수작업치료	MM113
	7.일상생활동작 훈련치료	MM114
	8.기능적전기자극치료	MM151
	9. 재활기능치료	
	가. 매트및이동치료	MM301
	나. 보행치료	MM302
	10. 연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
	11. 연하장애재활치료	MX141
	12. 심장재활	
	가. 심장재활교육	MM451
	나. 심장재활평가	MM452
	다. 심장재활치료	MM453

[별표-질병관련47] 뇌 특정 혈전제거술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「뇌 특정 혈전제거술(급여)」은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
자-205-1 혈전제거술	
가. 동맥	
(4) 기타	O2056
나. 심부 정맥	
(4) 기타	O2059
자-663 경피적 혈전제거술	
나. 기계적 혈전제거술 [카테터법]	
(1) 두개강내 혈관	M6636
(2) 두개강외 경부혈관	M6637
(4) 기타혈관	M6639

[별표-질병관련48] 심장 특정 혈전제거술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「심장 특정 혈전제거술(급여)」은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목	분류번호
자-195 폐동맥 혈전제거술	O1950
자-205-1 혈전제거술 다. 심장	 O0260
자-663 경피적 혈전제거술 나. 기계적 혈전제거술 [카테터법] (3) 관상동맥 (4) 기타혈관	 M6638 M6639

[별표-질병관련49] 전이암 분류표 II

약관에 규정하는 전이암으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물	C77
2. 호흡 및 소화기관의 이차성 악성신생물	C78
3. 기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물	C79
4. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련50] 부정맥 분류표

약관에 규정하는 부정맥으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
부정맥	1. 발작성 빈맥	I47
	2. 심방세동 및 조동	I48
	3. 기타 심장부정맥	I49

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련51] 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여) 분류표

약관에 규정하는 「심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여)」은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		수가코드
부정맥의 고주파 절제술	**부정맥의 고주파절제술**	
	상심실성 부정맥	M6541
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6544
	심방세동	M6542
	심방세동 - 중격천자	M6545
	심방세동 - 하대정맥-삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0654
	심실성 부정맥	M6543
	삼차원(3-D) 빈맥 지도화를 이용한 부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6546
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6549
	심방세동	M6547
	심방세동 - 중격천자	M6540
	심실성 부정맥	M6548
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M6550
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M6556
부정맥의 냉각절제술	**부정맥의 냉각절제술**	
	상심실성 부정맥	M0657
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M0653
	심방세동	M0658
	심방세동 - 중격천자	M0655
	심방세동 - 하대정맥-삼첨판륜 협부에 대한 선형절제술	M0659
	심방세동 - 냉각풍선절제술	M0651
	심방세동 - 냉각풍선절제술 - 중격천자	M0652
	심실성 부정맥	M0661
	방실결절 절제술, 히스속 절제술	M0662
	방실결절 절제술, 히스속 절제술 - 중격천자	M0656

[별표-질병관련52] 특정순환계질환 분류표

약관에 규정하는 특정순환계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1. 급성 류마티스열	심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
2. 만성 류마티스심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
3. 협심증	협심증	I20
4. 급성심근경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 경증 허혈성심장질환	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
6. 폐성심장병 및 폐순환의 질환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27
	폐혈관의 기타 질환	I28
7. 심장염증질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
8. 심근병증	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
9. 중증 방실차단	방실차단 2도	I44.1
	완전방실차단	I44.2
	기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
10. 인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
11. 부정맥	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
12. 심부전	심부전	I50
13. 뇌출혈	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
14. 뇌경색증	뇌경색증	I63
15. 경증 뇌혈관질환	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
16. 대동맥동맥류 및 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
17. 특정 동맥혈관 질환	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
18. 문맥혈전증	문맥혈전증	I81
19. 식도정맥류	식도정맥류	I85
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
	달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

[별표-질병관련53] 부정맥(I49) 분류표

약관에 규정하는 부정맥(I49)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
부정맥(I49)	기타 심장부정맥	I49

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련54] 특정3대심장질환 분류표

약관에 규정하는 특정3대심장질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1. 인공소생에 성공한 심장정지	인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
2. 부정맥	발작성 빈맥 심방세동 및 조동	I47 I48
3. 심부전	심부전	I50

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련55] 전문재활치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「전문재활치료(급여)」로 분류되는 행위는 보건복지부 고시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 의 "제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 - 제7장 이학요법료 - 제3절 전문재활치료료(장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제18조에 따라 보건복지부 장관의 지정을 받은 재활의료기관에 해당하는 경우, "전문재활치료료"에 상응하는 재활의료기관 행위목록을 포함합니다)" 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
1. 풀치료 - 보행풀치료	MM047
2. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 풀치료 - 보행풀치료	IM047
3. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 풀치료 - 보행풀치료	IM047001
4. 풀치료 - 전신풀치료	MM048
5. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 풀치료 - 전신풀치료	IM048
6. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 풀치료 - 전신풀치료	IM048001
7. 중추신경계발달재활치료	MM105
8. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 중추신경계발달재활치료	IM105
9. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 중추신경계발달재활치료	IM105001
10. 작업치료 - 단순작업치료	MM111
11. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 작업치료 - 단순작업치료	IM111
12. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 작업치료 - 단순작업치료	IM111001
13. 작업치료 - 복합작업치료	MM112
14. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 작업치료 - 복합작업치료	IM112
15. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 작업치료 - 복합작업치료	IM112001
16. 작업치료 - 특수작업치료	MM113
17. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 작업치료 - 특수작업치료	IM113
18. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 작업치료 - 특수작업치료	IM113001
19. 일상생활동작 훈련치료	MM114
20. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 일상생활동작 훈련치료	IM114
21. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 일상생활동작 훈련치료	IM114001
22. 신경인성 방광훈련 치료	MM120
23. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 신경인성 방광훈련 치료	IM120
24. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 신경인성 방광훈련 치료	IM120001
25. 기능적전기자극치료	MM151
26. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 기능적전기자극치료	IM151
27. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 기능적전기자극치료	IM151001
28. 호흡재활치료	MM290
29. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 호흡재활치료	IM290
30. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 호흡재활치료	IM290001
31. 재활기능치료 - 매트 및 이동치료	MM301
32. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 재활기능치료 - 매트 및 이동치료	IM301
33. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 재활기능치료 - 매트 및 이동치료	IM301001
34. 재활기능치료 - 보행치료	MM302, MM304
35. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 재활기능치료 - 보행치료	IM302
36. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 재활기능치료 - 보행치료	IM302001
37. 연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
38. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 연하재활 기능적전기자극치료	IM008
39. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 연하재활 기능적전기자극치료	IM008001
40. 연하장애재활치료	MX141
41. 회복기 재활의료기관 재활치료료II - 연하장애재활치료	IM141
42. 회복기 재활의료기관 재활치료료III - 연하장애재활치료	IM141001

주) 1. 근막동통유발점 주사자극치료(MM131, MM132) 및 재활사회사업(MM141, MM142, MM143)은 "급여전문재활치료"에서 제외합니다.

2. 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정 이후 이 약관에서 보장하는 행위 해당 여부는 치료일(행위 시행일) 당시 시행되고 있는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 판단합니다.

[별표-질병관련56] 급여 특정 항구토제 분류표

이 약관에서 정의하는 '급여 특정 항구토제'로 분류되는 약제는 보건복지부에서 고시하는 '약제 급여 목록 및 급여 상한 금액표'에서 정한 급여 약제 중 아래에 해당하는 약제를 말합니다.

주성분코드	주성분명
167301ATB	granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg)
167301ATD	granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg)
167330BIJ	granisetron hydrochloride (as granisetron 1mg(1mg/mL))
167331BIJ	granisetron hydrochloride (as granisetron 3mg(1mg/mL))
505701CPC	granisetron 34.3mg
204601ATD	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 4mg)
204603ATB	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg)
204603ATD	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg)
204630BIJ	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 4mg(2mg/mL))
204631BIJ	ondansetron hydrochloride dihydrate (as ondansetron 8mg(2mg/mL))
222601ATD	ramosetron hydrochloride 0.1mg
222630BIJ	ramosetron hydrochloride 0.3mg(0.15mg/mL)
490030BIJ	palonosetron hydrochloride (as palonosetron 75μg(50μg/mL))
490031BIJ	palonosetron hydrochloride (as palonosetron 0.25mg(50μg/mL))
674900ACH	netupitant 0.3g/palonosetron hydrochloride 0.5mg

주) '급여 특정항구토제'가 '국민건강보험법', '의료급여법' 및 관련 법령의 개정(보건복지부에서 고시하는 '약제급여 목록 및 급여 상한금액표' 개정에 따른 '약제 주성분코드'의 폐지 또는 변경을 포함합니다.)에 따라 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[별표-질병관련57] 급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제 분류표

이 약관에서 정의하는 '급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제'로 분류되는 약제는 보건복지부에서 고시하는 '약제 급여 목록 및 급여 상한금액표'에서 정한 급여 약제 중 아래에 해당하는 약제를 말합니다.

주성분코드	주성분명
158930BIJ	filgrastim 75μg(0.25mg/mL)
158931BIJ	filgrastim 0.15mg(0.25mg/mL)
158932BIJ	filgrastim 0.3mg(0.25mg/mL)
158934BIJ	filgrastim 0.15mg(0.3mg/mL)
158935BIJ	filgrastim 0.3mg(0.3mg/mL)
158936BIJ	filgrastim 75μg(0.3mg/mL)
158933BIJ	filgrastim 0.3mg(0.42857mg/mL)
181801BIJ	lenograstim 0.1mg
181802BIJ	lenograstim 0.25mg
181803BIJ	lenograstim 50μg
618830BIJ	pegfilgrastim 6mg(10mg/mL)
628330BIJ	tripegfilgrastim 6mg(10mg/mL)
633130BIJ	pegteograstim 6mg(10mg/mL)
684901BIJ	lipegfilgrastim 6mg
700001BIJ	eflapegrastim (as rh-GCSF analog 3.6mg(6mg/mL))
360530BIJ	sodium thiosulfate 12.5g(0.25g/mL)
629002BIJ	denosumab 0.12g(70mg/mL)
420731BIJ	zoledronic acid 4mg(0.8mg/mL))
420730BIJ	zoledronic acid 4mg(40μg/mL)
142501BIJ	dexrazoxane 0.5g

주) '급여 특정 암 합병증 및 항암부작용 약제'가 '국민건강보험법', '의료급여법' 및 관련 법령의 개정(보건복지부에서 고시하는 '약제급여 목록 및 급여 상한금액표' 개정에 따른 '약제 주성분코드'의 폐지 또는 변경을 포함합니다.)에 따라 보험금 지급 기준이 변경된 경우에는 보험금 지급사유 발생 당시의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

[별표-질병관련58] 통합 양성신생물 분류표

약관에 규정하는 통합 양성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
1. 대장의 양성신생물	상행결장의 양성신생물	D12.2
	횡행결장의 양성신생물	D12.3
	하행결장의 양성신생물	D12.4
	구불결장의 양성신생물	D12.5
	상세불명의 결장의 양성신생물	D12.6
	결장의 용종	K63.5
2. 식도·결장·항문의 양성신생물	맹장의 양성신생물	D12.0
	충수의 양성신생물	D12.1
	직장구불결장접합부의 양성신생물	D12.7
	직장의 양성신생물	D12.8
	항문 및 항문관의 양성신생물	D12.9
	직장용종	K62.1
	식도의 양성신생물	D13.0
	기타 및 상세불명 부분 소장의 양성신생물	D13.3
	부위불명의 소화계통의 양성신생물	D13.9
3, 위·십이지장의 양성신생물	위의 양성신생물	D13.1
	십이지장의 양성신생물	D13.2
	위 및 십이지장의 용종	K31.7
4. 갑상선·두경부의 양성신생물	갑상선의 양성신생물	D34
	입인두의 기타 부분의 양성신생물	D10.5
	비인두의 양성신생물	D10.6
	하인두의 양성신생물	D10.7
	상세불명의 인두의 양성신생물	D10.9
	주침샘의 양성신생물	D11
5. 간·폐의 양성신생물	간의 양성신생물	D13.4
	간외담관의 양성신생물	D13.5
	췌장의 양성신생물	D13.6
	내분비췌장의 양성신생물	D13.7
	중이, 비강 및 부비동의 양성신생물	D14.0
	후두의 양성신생물	D14.1
	기관의 양성신생물	D14.2
	기관지 및 폐의 양성신생물	D14.3
	상세불명의 호흡계통의 양성신생물	D14.4
6. 뇌·심장의 양성신생물	수막의 양성신생물	D32
	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
	뇌하수체의 양성신생물	D35.2
	두개인두관의 양성신생물	D35.3
	송과선의 양성신생물	D35.4
	심장의 양성신생물	D15.1
7. 특정 기타부위의 양성신생물	흉선의 양성신생물	D15.0
	종격의 양성신생물	D15.2
	기타 명시된 흉곽내기관의 양성신생물	D15.7
	상세불명의 흉곽내기관의 양성신생물	D15.9
	골 및 관절연골의 양성신생물	D16
	림프관종, 모든부위의 양성신생물	D18.1
	중피조직의 양성신생물	D19
	후복막 및 복막 연조직의 양성신생물	D20
	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성신생물	D21
	눈 및 부속기의 양성신생물	D31
	부신의 양성신생물	D35.0
	부갑상선의 양성신생물	D35.1
	경동맥소체의 양성신생물	D35.5
	대동맥소체 및 기타 부신경절의 양성신생물	D35.6
	기타 명시된 내분비선의 양성신생물	D35.7
	다선성 침범의 양성신생물	D35.8
	상세불명의 내분비선의 양성신생물	D35.9
	기타 및 상세불명 부위의 양성신생물	D36
8. 여성 및 남성 특정 양성신생물	흉곽내기관의 양성 지방종성 신생물	D17.4
	복강내기관의 양성 지방종성 신생물	D17.5
	정삭의 양성 지방종성 신생물	D17.6
	기타 부위의 양성 지방종성 신생물	D17.7
	상세불명의 양성 지방종성 신생물	D17.9
	유방의 양성신생물	D24
	자궁의 평활근종	D25
	자궁의 기타 양성신생물	D26

분류항목		분류번호
	난소의 양성신생물	D27
	기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물	D28
	남성생식기관의 양성신생물	D29
	비뇨기관의 양성신생물	D30

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련59] 특정뇌및림프절암 분류표

약관에 규정하는 특정 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C70~C72
- 수막의 악성신생물	C70
- 뇌의 악성신생물	C71
- 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
2. 부위의 명시가 없는 악성 신생물	C80
3. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물	C81~C96
- 호지킨림프종	C81
- 소포성 림프종	C82
- 비소포성 림프종	C83
- 성숙 T/NK-세포림프종	C84
- 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종	C85
- T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태	C86
- 악성 면역증식성 질환	C88
- 다발골수종 및 악성 형질세포신생물	C90
- 림프성 백혈병	C91
- 골수성 백혈병	C92
- 단핵구성 백혈병	C93
- 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
- 상세불명 세포형의 백혈병	C95
- 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
- 진성 적혈구증가증	D45
- 골수형성이상증후군	D46
- 만성 골수증식질환	D47.1
- 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
- 골수섬유증	D47.4
- 만성 호산구성 백혈병 [과호산구증후군]	D47.5

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 일반사항 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. C77~C79(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[별표-질병관련60] 특정항암호르몬치료제Ⅱ 해당 의약품명 및 성분명

1. 아래 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당 내용이 변동될 수 있습니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 해당 여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
2. 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

의약품명과 성분명
1. 성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다. 2. 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다. 3. 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. 「특정항암호르몬치료제Ⅱ」 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명(국문·영문)	의약품명(국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸)
		아리미덱스정(아나스토로졸)
		테바아나스트로졸정1밀리그램
		아트로졸정(아나스트로졸)
		페미젯정1밀리그램(아나스트로졸)
		아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드)
		비카덱스정(비칼루타마이드)
		비카루드정(비칼루타미드)
		칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드)
		칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드)
		비카소정(비칼루타미드)
		카덱스정(비칼루타미드)
		카소비트정(비칼루타미드)
3	비칼루타미드 bicalutamide	프로세이드정(비칼루타미드)
		프로카덱스정(비칼루타마이드)
		프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드)
		테바비칼루타마이드정50밀리그램
		피엠에스비칼루타미드정50밀리그램(비칼루타미드(미분화))
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스)
		퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염)
		졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸)
		레나라정(레트로졸)
		트로젯정2.5밀리그램(레트로졸)
		레트론정(레트로졸)
		브레트라정(레트로졸)
		파누엘정2.5밀리그램(레트로졸)
		테바레트로졸정2.5밀리그램
12	류프로렐린 leuprorelin (leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염)
		로렐린주사액(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)

번호	성분명(국문 · 영문)	의약품명(국문)
12	류프로렐린 leuprorelin (leuprolide)	엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)
		루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스디정(타목시펜시트르산염)
		놀바덱스정(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
		타목센정20밀리그램(타목시펜시트르산염)
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염)
		데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염)
		디페렐린피알3.75밀리그람주(초산트립토렐린)
		디페렐린피알주11.25밀리그램(파모산트립로렐린)
		디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트)
		메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트)
18	아팔루타마이드 apalutamide	얼리다정(아팔루타마이드)

[별표-질병관련61] 항혈소판제 분류표

약관에 규정하는 항혈소판제는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code) 분류 중 아래의 코드에 해당하는 약제를 말합니다.

ATC코드 명칭	ATC코드
1. 혈소판 응집 저해제(헤파린 제외)(Platelet aggregation inhibitors excl.heparin)	B01AC
2. 클로피도그렐(Clopidogrel)	B01AC04
3. 티클로피딘(Ticlopidine0	B01AC05
4. 아세틸살리실산(Acetylsalicylic acid)	B01AC06
5. 인도부펜(Indobufen)	B01AC10
6. 압식시맙(Abciximab)	B01AC13
7. 티로피반(Tirofiban)	B01AC17
8. 트리플루살(Triflusal)	B01AC18
9. 베라프로스트(Beraprost)	B01AC19
10. 푸라수그렐(Prasugrel)	B01AC22
11. 실로스타졸(Cilostazol)	B01AC23
12. 티카그렐러(Ticagrelor)	B01AC24
13. 리마프로스트(Limaprost)	B01AC28
14. 상기 의약품의 조합제품	B01AC30

주) 1. 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 분류하의 항혈소판제에 준하여 항혈소판제를 결정합니다.

2. "B01AC"는 세계보건기구(WHO)의 해부·치료·화학적 분류 코드(ATC Code, Anatomical Therapeutic Chemical Code)분류상 상위 분류 코드이나, 별도의 약제를 포함하고 있습니다. 따라서 "B01AC"의 하위 코드 중 상기에 해당되지 않는 하위 코드는 보장하지 않습니다.

[별표-질병관련62] 특정순환계질환 중증치료 분류표

약관에 규정하는 「에크모(ECMO)(급여) 」, 「지속적 신대체요법(CRRT)(급여) 」, 「인공호흡(12시간초과)(급여)」 및 「저체온요법치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		분류번호
에크모(ECMO)	부분체외순환	O1901
	부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	O1902
	체외순환막 형산화요법-시술당일	O1903
	체외순환막 형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	O1904
	부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	O1905
	부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	O1906
지속적 신대체요법(CRRT)	지속적정정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7001
	지속적정정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7002
	지속적동정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7003
	지속적동정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7004
	지속적정정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7031
	지속적정정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	O7032
	지속적동정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7033
	지속적동정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	O7034
	지속적정정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7051
	지속적정정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	O7052
	지속적동정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7053
	지속적동정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	O7054
인공호흡(12시간초과)	인공호흡[기관내삽관료 별도]-12시간초과1일당(신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)	M0860
	인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당	M5860
저체온요법치료	치료적저체온요법[1일당]	M5970
	선택적 두부 저체온 요법	M5990
	선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당	M5991

[별표-질병관련63] 질병특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「질병 특정시술치료(흡인,천자,절개,배액,배농)(급여)」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목	수가코드
요추천자[뇌척수압측정포함]	C8000
경막하천자	C8005
후두하대조천자,경지주막하천자	C8010
관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측]	C8020
골수천자	C8031
흉막천자	C8040
복수천자,복막천자	C8050
심낭천자	C8060
뇌실천자	C8070
상악동천자[간단한액검사포함][편측]	C8080
고실천자[편측]	C8090
고실천자[편측]-내시경하에서실시한경우	C8091
더글라스와천자[간단한액검사포함]	C8100
방광천자	C8120
음낭수종천자	C8130
기타부위천자[림프절,피부등]	C8140
골수천자생검[편측]	C8520
개봉선원치료-기타방법[복막천자,흉강천자,관절천자등]	HD073
부정맥의냉각절제술-심방세동-냉각풍선절제술-중격천자	M0652
부정맥의냉각절제술-상심실성부정맥-중격천자	M0653
부정맥의냉각절제술-심방세동-중격천자	M0655
부정맥의냉각절제술-방실결절절제술,히스속절제술-중격천자	M0656
경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-낭종]	M1771
경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1772
경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1773
경피적경화술-단순천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1774
경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-낭종]	M1775
경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부-혈관기형]	M1776
경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-낭종]	M1777
경피적경화술-카테터천자법에의한것[두경부이외-혈관기형]	M1778
경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	M5830
삼차원빈맥지도화를이용한부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6540
부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6544
부정맥의고주파절제술(심방세동)-중격천자	M6545
삼차원빈맥지도화를이용한부정맥의고주파절제술(상심실성부정맥)-중격천자	M6549
부정맥의고주파절제술(방실결절절제술,히스속절제술)-중격천자	M6556
경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670
경피적배액관교환술	M6750
낭종흡인요법[유도료별도산정]	M6850
유주농양천자술	N0100
근농양배농술(요장근농양)	N0841
근농양배농술(둔근농양)	N0842
근농양배농술(대퇴근농양)	N0843
근농양배농술(기타근농양)	N0844
추간판제거술-척추수핵용해술[방사선료포함]	N1495
척추수핵흡인술[뉴크레오톰이용수핵제거등][방사선료포함]	N1496
범발성폴립양성대절개및흡인술	O1233

분류항목	수가코드
경피적확장기관절개술	O1301
농흉세척[흉막강내주입포함]	O1502
흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
종격동염배농술(비개흉식)	O1581
타석절개술(단순적출)	Q2241
인후농양절개술(경구강)	Q2251
편도주위농양절개술또는흡인술	Q2320
간농양(낭종)수술-개복에의한흡인또는주입술	Q7211
역행성담췌관내시경수술-담(췌)관배액술	Q7762
경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담관확장술(단순[카테터등이용확장만하는경우])	Q7771
경피적담관[낭]경이용시술[PTBD또는T-Tube이용]-담석제거술(바스켓또는풍선카테터이용,기계적쇄석술시)	Q7773
경피적담관[낭]경이용시술[PTBDRoute또는T-Tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시)	Q7774
요도주위농양절개술	R3750
포상기태제거술-흡인소파술에의한것	R4481
자궁내태아흉수배액술[유도료별도산정]-흉강천자	R4536
절개술(안면또는경부,제1범위,1cm미만)	S0011
절개술(안면또는경부,제1범위,1cm이상~2cm미만)	S0012
절개술(안면또는경부,제1범위,2cm이상)	S0013
중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거	S4756
경피적척수낭종혹은공동흡인술	S4811
척수강내약물주입펌프이식술-단순천자에의한시험적약물주입술	S4841
유리체흡인술	S5050
전방천자	S5080
안검농양절개술	S5240
맥립종절개술	S5400
각막전부기질천자술[편측]	S5542

분류항목	수가코드
골막하농양절개배액술	S5761

[별표-질병관련64] 질병특정시술치료(신경차단술)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「신경차단술(급여)」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목	수가코드
지주막하신경차단술	LA210
경막외신경차단술(지속적차단)- 피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA222
경막외신경차단술(지속적차단)- 피하터널식카테터삽입에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA223
경막외신경차단술(지속적차단)- 피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법- 삽입당일[삽입료포함]	LA224
경막외신경차단술(지속적차단)- 피하매몰저장기펌프삽입술에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA225
경막외신경차단술(지속적차단)- 기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입당일[삽입료포함]	LA226
경막외신경차단술(지속적차단)- 기타(비터널식카테터)에의한방법-삽입익일이후(1일당)	LA227
경막외신경차단술(경막외패치술[혈액채취료포함])	LA228
뇌신경및뇌신경말초지차단술-안면신경	LA232
뇌신경및뇌신경말초지차단술-설인신경	LA233
뇌신경및뇌신경말초지차단술-접구개신경절	LA234
내시경하접구개신경절차단술	LA235
척수신경말초지차단술-대소후두신경	LA241
척수신경말초지차단술-상후두신경	LA242
척수신경말초지차단술-후두신경	LA243
척수신경말초지차단술-횡격막신경	LA244
척수신경말초지차단술-척추부신경	LA245
척수신경말초지차단술-견갑신경	LA247
척수신경말초지차단술-늑간신경	LA248
척수신경말초지차단술-장골서혜신경	LA249
척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총	LA251
척수신경총,신경근및신경절차단술-요천골신경총	LA253
교감신경총및신경절차단술-간단한것	LA261
교감신경총및신경절차단술-복잡한것(복강신경총)	LA264
교감신경총및신경절차단술-복잡한것(하장간막신경총)	LA265
척수신경말초지차단술-장골하복신경	LA270
척수신경말초지차단술-음부신경	LA271
척수신경말초지차단술-좌골신경	LA272
척수신경말초지차단술-폐쇄신경	LA273
척수신경말초지차단술-대퇴신경	LA274
척수신경말초지차단술-외측대퇴피신경	LA275
척수신경말초지차단술-상박신경총	LA276
경막외신경차단술-일회성차단(경추및흉추)	LA321
경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)	LA323
경막외신경차단술-일회성차단(미추)	LA324
경막외신경차단술-경추간공차단(경추및흉추)	LA325
경막외신경차단술-경추간공차단(요추및천추)	LA326
경막외저장기펌프제거술	LA330
뇌신경및뇌신경말초지차단술-삼차신경절,상악신경,하악신경	LA340
뇌신경및뇌신경말초지차단술- 안와상,안와하,턱끝,이개측두신경	LA341
척수신경말초지차단술-액와신경	LA346

분류항목	수가코드
척수신경말초지차단술-액와하부신경	LA347
척수신경총,신경근및신경절차단술-방척추신경	LA352
척수신경총,신경근및신경절차단술-미골신경	LA353
척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근	LA354
척수신경총,신경근및신경절차단술-척추후근신경절	LA355
척수신경총,신경근및신경절차단술-척수회백신경교통지	LA356
척수신경총,신경근및신경절차단술-척수신경후지	LA357
척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지	LA358
척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단	LA359
척수신경총,신경근및신경절차단술-천장관절차단	LA360
교감신경총및신경절차단술-복잡한것(흉부교감신경절)	LA361
교감신경총및신경절차단술-복잡한것(요부교감신경절)	LA362
교감신경총및신경절차단술-복잡한것(상하복신경총)	LA366
교감신경총및신경절차단술-복잡한것(외톨이신경절)	LA367
전척추블록(기본[1시간기준])	LY051
전척추블록(유지[1시간초과시15분당])	LY052

[별표-질병관련65] 질병특정시술치료(도수정복술)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「도수정복술(급여)」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목	수가코드
늑골골절비관혈적정복술	N0531
척추골절및탈구의도수정복술	N0630
사지골절도수정복술[골반골,대퇴골]	N0641
사지골절도수정복술[상완골,하퇴골]	N0642
사지골절도수정복술[전완골]	N0643
사지골절도수정복술[수근골,족근골]	N0644
사지골절도수정복술[중수골,중족골,지골]	N0645
관절탈구도수정복술(고관절)	N0761
관절탈구도수정복술(어깨관절(견관절))	N0762
관절탈구도수정복술(주관절,슬관절)	N0763
관절탈구도수정복술(완관절,족관절,지관절)	N0764
척추골절및탈구의도수정복술	N0765

[별표-질병관련66] 질병특정시술치료(창상봉합술)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「창상봉합술(급여)」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목		수가코드
안면 또는 경부	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm미만)	S0021
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0022
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이1.5cm미만)	SA021
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	SA022
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0027
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0028
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0029
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	S0030
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm미만)	S0031
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0032
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0037
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0038
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0039
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	S0040
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA027
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA028
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA029
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	SA030
안면과 경부 이외	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm미만)	SB021
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB022
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이2.5cm미만)	SC021
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SC022
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB029
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 10cm마다 추가)	SB030
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm미만)	SB031
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB032
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB039
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상, 10cm마다 추가)	SB040
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC029
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이10cm이상, 10cm 마다 추가)	SC030

[별표-질병관련67] 질병지속적신대체요법(CRRT)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「지속적신대체요법(CRRT)」로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 급여 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목	수가코드
지속적정정맥혈액투석여과- 카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7001
지속적정정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7002
지속적동정맥혈액투석여과- 카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7003
지속적동정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7004
지속적정정맥혈액투석- 카테터삽입 당일[카테터삽입료 포함]	O7031
지속적정정맥혈액투석- 카테터삽입 익일부터[1일당]	O7032
지속적동정맥혈액투석- 카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7033
지속적동정맥혈액투석- 카테터삽입익일부터[1일당]	O7034
지속적정정맥혈액여과- 카테터삽입 당일[카테터삽입료 포함]	O7051
지속적정정맥혈액여과- 카테터삽입 익일부터[1일당]	O7052
지속적동정맥혈액여과- 카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7053
지속적동정맥혈액여과- 카테터삽입익일부터[1일당]	O7054

[별표-질병관련68] 질병인공호흡기치료(12시간초과)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「 인공호흡기치료 」로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 급여 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목	수가코드
인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당	M5860
인공호흡[기관내삽관료별도]-12시간초과1일당(신생아 중환자실에서 고빈도 진동호흡모드 이용)	M0860

[별표-질병관련69] 질병저체온요법치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「저체온요법치료」로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 급여 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목	수가코드
치료적저체온요법[1일당]	M5970
선택적 두부 저체온 요법	M5990
선택적 두부 저체온 요법 -쳐치일 다음날부터 1일당	M5991

[별표-질병관련70] 질병부분체외순환치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「부분체외순환치료(급여)」로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 「수가코드」 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목	수가코드
부분체외순환	O1901
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]	O1902
체외순환막형산화요법-시술당일	O1903
체외순환막형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	O1904
부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	O1905
부분체외순환10시간초과익일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	O1906

[별표-질병관련71] 질병종합병원전신마취치료(6시간이상)(급여) 분류표

약관에 규정하는 「전신마취치료(6시간이상)」로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 급여 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목	수가코드
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취-마취관리기본[1시간기준]	L1211
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취-마취유지	L1221
기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취-마취유지(상급종합병원)	L1231
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취-마취관리기본[1시간기준]	L1212
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취-마취유지	L1222
마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취-마취유지(상급종합병원)	L1232

[별표-질병관련72] 특정 생검조직병리검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 특정생검(급여)은 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상항목	수가코드
침생검-심부-복막	C8511
침생검-심부-흉막	C8512
침생검-심부-장기[편측]	C8513
침생검-심부-심낭[EKG비용포함]	C8514
침생검-심부-척수	C8515
골수천자생검[편측]	C8520
절개생검-심부-개흉에 의한 것	C8533
절개생검-심부-개복에 의한 것	C8534
전립선생검-경피적	C8551
전립선생검-관혈적	C8552
고환,부고환생검-경피적	C8561
고환,부고환생검-관혈적	C8562
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁경부 착공생검	C8576
골생검-침생검	C8581
골생검-절개생검-척추골	C8582
골생검-절개생검-기타부위	C8583
갑상선생검-침생검	C8591
갑상선생검-관혈적	C8592
관절절개생검술-견관절,고관절,천장관절	C8601
관절절개생검술-주관절,슬관절	C8602
관절절개생검술-완관절 및 족관절	C8603
관절절개생검술-기타부위	C8604
신경생검술	C8610
경정맥간생검	C8620
심근생검	CZ976
유방생검[편측]-침생검	C8641
유방생검[편측]-절개생검	C8642
골수천자	C8031

[별표-질병관련73] 신경차단·파괴술 분류표

약관에 규정하는 「급여 신경차단술」 또는 「급여 신경파괴술」은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제6장(마취료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상이 되는 항목		수가코드
신경차단술	지주막하 신경차단술	LA210
	경막외 신경차단술	
	가. 일회성차단	
	(1) 경추 및 흉추	LA321
	(2) 요추 및 천추	LA322
	나. 지속적 차단	
	(1) 피하터널식 카테터 삽입에 의한 방법	LA222
		LA223
	(2) 피하매몰 저장기펌프 삽입술에 의한 방법	LA224
		LA225
	(3) 기타(비터널식카테터)에 의한 방법	LA226
		LA227
	다. 경막외패치술 [혈액채취료 포함]	LA228
	경막외 저장기펌프 제거술	LA330
	뇌신경 및 뇌신경말초지차단술	
	가. 삼차신경절, 상악신경, 하악신경	LA340
	나. 삼차신경의 분지	LA341
	다. 안면신경	LA232
	라. 설인신경	LA233
	마. 접구개신경절	LA234
	척수신경말초지차단술	
	가. 대소후두신경	LA241
	나. 상후두신경	LA242
	다. 후두신경	LA243
	라. 횡격막신경	LA244
	마. 척추부신경	LA245
	바. 액와신경	LA346
	사. 액와하부신경	LA347
	아. 견갑신경	LA247
	자. 늑간신경	LA248
	차. 장골서혜신경	LA249
	카. 장골하복신경	LA270
	타. 음부신경	LA271
	파. 좌골신경	LA272
	하. 폐쇄신경	LA273
	거. 대퇴신경	LA274
	너. 외측대퇴피신경	LA275
	더. 상박신경총	LA276
신경차단술	척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	
	가. 경신경총	LA251
	나. 방척추신경	LA352
	다. 미골신경	LA353
	라. 선택적 신경근	LA354
	마. 척추후근신경절	LA355
	바. 척수회백신경교통지	LA356
	사. 요천골신경총	LA253
	아. 척수신경 후지	LA357
	자. 후지내측지	LA358
	차. 추간관절차단	LA359
	교감신경총 및 신경절차단술	
	가. 간단한 것	LA261
	나. 복잡한 것	
	(1) 흉부교감신경절	LA361

대상이 되는 항목		수가코드
	(2) 요부교감신경절	LA362
	(3) 복강신경총	LA264
	(4) 하장간막신경총	LA265
	(5) 상하복신경총	LA366
	(6) 외돌이신경절	LA367
신경파괴술	지주막하 신경파괴술	LB310
	경막외 신경파괴술	LB320
	뇌신경 및 뇌신경말초지파괴술	
	가. 삼차신경절 파괴술	LB331
	나. 기타 뇌신경말초지파괴술	
	(1) 삼차신경 및 그 분지	LB333
	(2) 안면신경	LB334
	(3) 설인신경	LB335
	(4) 접구개신경절	LB336
	척수신경 및 말초지파괴술	
	가. 척추신경근	LB341
	나. 척추신경절	LB342
	다. 척추신경총	LB343
	라. 늑간신경	LB344
	마. 척추관절돌기신경	LB345
	바. 음부신경	LB346
	교감신경절 및 신경총 파괴술	
	가. 성상신경절	LB351
	나. 흉부 교감신경절	LB412
	다. 요부 교감신경절	LB413
	라. 복강신경총 및 내장신경	LB353
	마. 상하복신경총	LB354
	바. 하장간막신경총	LB355

[별표-질병관련74] 특정 간·폐·신장질환 분류표

약관에 규정하는 특정 간·폐·신장질환 으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
간	급성 A형간염	B15
	급성 B형간염	B16
	기타 급성 바이러스간염	B17
	만성 바이러스간염	B18
	상세불명의 바이러스간염	B19
	알코올성 간질환	K70
	독성간질환	K71
	달리 분류되지 않은 간부전	K72
	달리 분류되지 않은 만성 간염	K73
	간의 섬유증 및 경변증	K74
	기타 염증성 간질환	K75
	간의 기타 질환	K76
	달리 분류된 질환에서의 간장애	K77
	- 거대세포바이러스간염(K77.0)	B25.1†
	- 톡소포자충간염(K77.0)	B58.1†
폐	달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴	J15
	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
	달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
	- 수두폐렴(J17.1*)	B01.2†
	- 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*)	B05.2†
	- 거대세포바이러스폐렴(J17.1*)	B25.0†
	- 폐톡소포자충증(J17.3*)	B58.3†
	상세불명 병원체의 폐렴	J18
	폐기종	J43
	기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
	천식	J45
	천식지속상태	J46
	기관지확장증	J47
	기타 간질성 폐질환	J84
	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86
	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액	J91
	흉막판	J92
	기흉	J93
	기타 흉막의 병태	J94
신장	급성 신염증후군	N00
	급속 진행성 신염증후군	N01
	만성 신염증후군	N03
	신증후군	N04
	상세불명의 신염증후군	N05
	전신결합조직장애에서의 사구체장애	N08.5
	급성 신부전	N17
	만성 콩팥병	N18
	상세불명의 신부전	N19

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-질병관련75] 특정 간·폐·신장질환 수술 분류표

약관에 규정하는 이식수술, 절제수술(이식제외), 특정수술 및 다빈도수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		분류번호
이식수술	간이식술-뇌사자-전간	Q8040
	간이식술-뇌사자-전간-우삼구역	Q8041
	간이식술-뇌사자-전간-단순우엽	Q8042
	간이식술-뇌사자-분할-좌외측구역	Q8043
	간이식술-뇌사자-분할-좌엽	Q8044
	간이식술-생체-좌외측구역	Q8045
	간이식술-생체-좌엽	Q8046
	간이식술-생체-단순우엽	Q8047
	간이식술-생체-확대우엽	Q8048
	간이식술-생체-변형우엽	Q8049
	간이식술-생체-두개의절편이용	Q8050
	간이식술-생체-재이식	Q8140-Q8150
	폐이식술-일측 폐	Q8101
	폐이식술-양측 폐	Q8102
	폐이식술-심장 및 폐	Q8103
	신이식술-뇌사자	Q8068
	신이식술-생체	Q8069
	신이식술-뇌사자-재이식	Q8168
	신이식술-생체-재이식	Q8169
절제수술 (이식제외)	간절제술-구역절제	Q7222
	간절제술-2구역절제	Q7225
	간절제술-간엽절제	Q7223
	간절제술-3구역절제	Q7224
	폐구역절제술	O1410
	폐엽절제술-단일폐엽절제술	O1421
	폐엽절제술-쌍폐엽절제술	O1422
	폐엽절제술-폐엽과 폐구역절제술	O1423
	폐엽절제술-소매폐엽절제술	O1424
	폐전적출술-폐전적출술	O1431
	폐전적출술-소매폐전적출술	O1432
	신적출술-단순전적출	R3271
	신적출술-피막하적출	R3274
	신적출술-근치적전적출[림프절 및 부신적출 포함]	R3273
특정수술	간절제술-부분절제	Q7221
	신부분절제술	R3290
	비신정맥문합술(원위부)	P2081
	비신정맥문합술(근위부)	P2082
	복강농양 개복배액술	Q2450
	횡격막하 농양 절개 및 배농술	Q2490
	간농양(낭종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술	Q7211
	간농양(낭종)수술-배액을 위한 간절개술	Q7212
	간농양(낭종)수술-조대술	Q7213
	간농양(낭종)수술-낭종적출술	Q7214
	문정맥하공정맥문합술	Q7260
	상장간막정맥하공정맥문합술	Q7270
	담도확장술-담도성형술	Q7322
	담도장문합술-담도-십이지장	Q7351
	담도장문합술-담도-공장[Roux-en-Y]	Q7352
	간내담도장문합술[Roux-en-Y 시술 포함]	Q7360
	식도정맥류수술(직접결찰법)-복부접근	Q2430
	식도정맥류수술(직접결찰법)-흉부접근	Q2431
	식도정맥류수술(식도 혹은 상부 위절단 문합술)	Q2432
	식도정맥류수술(식도,위주위 혈행차단술)	Q2433

분류항목		분류번호
	식도정맥류수술-식도,위주위혈행차단술과식도혹은상부위절단문합술동시실시	Q2438
	흉벽냉농양근치술	N0550
	종격동기관절개술	O1305
	폐농양절개술	O1380
	폐봉합술	O1440
	폐박피술	O1450
	폐첨박리술,흉막박리술	O1460
	흉곽성형술(1차)	O1491
	흉곽성형술(2차)	O1492
	흉강복강내측로조성술	O1501
	흉강삽관술(개방식)	O1520
	흉막절제술	O1540
	종격동염배농술(비개흉식)	O1581
다빈도수술	폐쐐기절제술(단일)	O1401
	폐쐐기절제술(2~3개)	O1403
	폐쐐기절제술(4~5개)	O1404
	폐쐐기절제술(6개이상)	O1405
	경피적풍선혈관성형술-기타혈관	M6597
	경피적혈관내금속스텐트삽입술-기타혈관	M6605
	경피적혈관내스텐트-이식설치술[기타혈관]	M6613
	혈관색전술-기타혈관	M6644
	경피적담도협착확장술-풍선카테터에의한것	M6681
	경피적담도협착확장술-스텐트에의한것	M6682
	경피적담도협착확장술-스텐트에의한것-스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우	M6683
	경경정맥간내문맥정맥단락술[유도료별도산정]	M6710
	관혈적기관절개술	O1300
	경피적확장기관절개술	O1301

분류항목		분류번호
	윤상갑상막절개술(투관침에 의한 경우)	O1303
	윤상갑상막절개술(피부절개에 의한 경우)	O1306
	기관지흉막루폐쇄술	O1351
	흉막유착술	O1480
	흉강삽관술(폐쇄식)	O1510
	폐기포절제술	O1570
	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술-외동정맥단락조성술	O2011
	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술-내동정맥단락조성술	O2012
	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술-자가혈관을이용한동정맥루조성술	O2081
	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술-인조혈관을이용한동정맥루조성술	O2082
	인공신장투석을위한동정맥루의교정술	O2083
	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술-인조혈관-중심정맥도관결합혈액투석접근통로조성술	O2084

[별표-질병관련76] 특정 간·폐·신장질환 장기대체치료 분류표

약관에 규정하는 에크모(ECMO)(급여) 및 지속적 신대체요법(CRRT)(급여)은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		분류번호
에크모 (ECMO)	체외순환막형산화요법(ECMO)-시술당일	O1903
	체외순환막형산화요법(ECMO)-익일이후	O1904
신대체요법 (CRRT)	지속적정정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7001
	지속적정정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7002
	지속적동정맥혈액투석여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7003
	지속적동정맥혈액투석여과-익일부터[1일당]	O7004
	지속적정정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7031
	지속적정정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	O7032
	지속적동정맥혈액투석-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7033
	지속적동정맥혈액투석-카테터삽입익일부터[1일당]	O7034
	지속적정정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7051
	지속적정정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	O7052
	지속적동정맥혈액여과-카테터삽입당일[카테터삽입료포함]	O7053
	지속적동정맥혈액여과-카테터삽입익일부터[1일당]	O7054

[별표-질병관련77] 특정 간·폐·신장질환 장기보조치료 I (급여) 분류표

약관에 규정하는 장기보조치료 I (급여)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		분류번호
혈액투석	혈액투석을위한정맥내카테터삽입술-쇄골하,내경정맥-컷다운법	O7011
	혈액투석용정맥내카테터삽입술-쇄골하,내경정맥-터널식,피하매몰정맥포트법(방사선투시하)	O7012
	혈액투석용정맥내카테터삽입술-쇄골하,내경정맥-터널식,피하매몰정맥포트법(혈관조영술하)	O7013
	혈액투석용정맥내카테터삽입술-쇄골하,내경정맥-터널식,피하매몰정맥포트법(방사선하에서하지않은경우)	O7014
	혈액투석용정맥내카테터삽입술-쇄골하,내경정맥-기타[비터널식카테터삽입](방사선투시하)	O7015
	혈액투석용정맥내카테터삽입술-쇄골하,내경정맥-기타[비터널식카테터삽입](혈관조영술하)	O7016
	혈액투석용정맥내카테터삽입술-쇄골하,내경정맥-기타[비터널식카테터삽입](방사선하에서하지않은경우)	O7017
	혈액투석을위한정맥내카테터삽입술-대퇴정맥	O7018
	혈액투석을위한정맥내카테터삽입술-혈액투석 도관 삽입을 위한 역방향의 중심정맥 재개통술 [방사선료, 카테터삽입료 포함]	O7019
	혈액투석[1회당]	O7020
	혈액관류[카테터삽입술포함][1회당]	O7040
	의료급여-혈액투석 정액수가(병원급 이상)[1회당]	O9992
	의료급여-혈액투석 정액수가(의원)[1회당]	O9993
복막투석	급성복막투석-도관삽입술	O7061
	급성복막투석-투석액교환[1일당]	O7062
	계속적복막관류술-도관삽입술(대망절제를동반한경우)	O7071
	계속적복막관류술-도관삽입술(기타)	O7072
	계속적복막관류술-관류액주입관교환	O7073
	계속적복막관류술-만성복막투석을위한도관길들이기	O7074
	계속적복막관류술-투석액 교환 또는 도관청소[1일당]-자동복막투석	O7076
	계속적복막관류술-투석액 교환 또는 도관청소[1일당]-비자동복막투석	O7077
	체외복수투석[복막천자포함]	O7080
인공호흡	경피적 기관카테터 삽입 및 인공호흡[윤상갑상막천자를 통한것]	M5830
	인공호흡-3시간까지	M5850
	인공호흡-3시간을 초과하여 8시간까지	M5857
	인공호흡-8시간을 초과하여 12시간까지	M5858
	기관내삽관술	M5859
	인공호흡-12시간 초과 1일당	M5860
혈장교환술	치료적 성분채집술-혈장	X2505

[별표-질병관련78] 특정 간·폐·신장질환 장기보조치료Ⅱ(급여) 분류표

약관에 규정하는 장기보조치료Ⅱ(급여)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		분류번호
복수천자	복수천자, 복막천자	C8050
흉막천자	흉막천자	C8040
산소요법	가온 가습 고유량 비강캐뉼라 요법	M0046
	양위양압호흡치료[1일당]	MM400
	양위양압호흡치료[1일당]-헬멧형 장비(수동식의료용산소천막)를 이용한 경우	MM401
특정배액술	경피적튜브배액술[유도료별도산정]	M6741
	경피경간담즙배액술[유도료별도산정]	M6670

[별표-질병관련79] 간·폐·신장 이식상태 분류표

약관에 규정하는 간·폐·신장 이식상태로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
신장이식상태	Z94.0
폐이식상태	Z94.2
심장 및 폐 이식 상태	Z94.3
간이식상태	Z94.4

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련1] 뇌·내장손상 분류표

약관에 규정하는 뇌 · 내장손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

상해名	분류항목	분류번호
1. 뇌손상	**[두개골 및 안면골의 골절]**	
	1.두개원개의 골절	S02.0
	2.두개저의 골절	S02.1
	3.안와바닥의 골절	S02.3
	4.두개골 및 안면골을 침범한 다발골절	S02.7
	5.기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	6.두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	[두개내 손상]	
	1.미만성 뇌손상	S06.2
	2.경막외출혈	S06.4
	3.외상성 경막하출혈	S06.5
	4.외상성 거미막하출혈	S06.6
	5.지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
	6.기타 두개내손상	S06.8
	7.상세불명의 두개내손상	S06.9
	[머리의 으깸손상]	
	1.두개골의 으깸손상	S07.1
	2.머리의 기타 부분의 으깸손상	S07.8
	[머리부분의 외상성 절단]	
	1.머리의 기타 부분의 외상성 절단	S08.8
	[머리의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
	2.머리의 다발손상	S09.7

상해名	분류항목	분류번호
2. 내장손상	**[심장의 손상]**	
	1.혈심낭을 동반한 심장손상	S26.0
	2.심장의 기타 손상	S26.8
	3.심장의 상세불명 손상	S26.9
	[기타 및 상세불명의 흉곽내 기관의 손상]	
	1.폐의 기타 손상	S27.3
	2.기관지의 손상	S27.4
	3.흉부기관의 손상	S27.5
	4.흉막의 손상	S27.6
	5.흉곽내기관의 다발손상	S27.7
	6.기타 명시된 흉곽내기관의 손상	S27.8
	7.상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27.9
	[흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단]	**S28**
	[흉부의 기타 및 상세불명의 손상]	**S29**
	[복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상]	**S35**
	[복강내기관의 손상]	
	1.비장의 손상	S36.0
	2.간 또는 담낭의 손상	S36.1
	3.췌장의 손상	S36.2
	4.위의 손상	S36.3
	5.소장의 손상	S36.4
	6.결장의 손상	S36.5
	7.직장의 손상	S36.6
	8.다발성 복강내기관의 손상	S36.7
	9.기타 복강내기관의 손상	S36.8
	[비뇨 및 골반 기관의 손상]	
	1.신장의 손상	S37.0
	2.요관의 손상	S37.1
	3.방광의 손상	S37.2
	4.요도의 손상	S37.3

상해名	분류항목	분류번호
	5.난소의 손상	S37.4
	6.난관의 손상	S37.5
	7.자궁의 손상	S37.6
	8.다발성 골반기관의 손상	S37.7
	9.기타 골반기관의 손상	S37.8
	[복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단]	**S38**
	[복부, 아래등 및 골반의 기타 및 상세불명의 손상]	
	1.골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 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-상해관련2] 특정 외상성 뇌손상 분류표

약관에 규정하는 특정 외상성 뇌손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 미만성 뇌손상	S06.2
2. 초점성 뇌손상	S06.3
3. 경막외출혈	S06.4
4. 외상성 경막하출혈	S06.5
5. 외상성 거미막하출혈	S06.6
6. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
7. 기타 두개내손상	S06.8
8. 상세불명의 두개내손상	S06.9

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련3] 특정 외상성 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 특정 외상성 뇌출혈로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 경막외출혈	S06.4
2. 외상성 경막하출혈	S06.5
3. 외상성 거미막하출혈	S06.6

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련4] 특정 외상성 장기손상 분류표

약관에 규정하는 특정 외상성 장기손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 심장의 손상	S26
2. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
3. 복강내기관의 손상	S36
4. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
5. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련5] 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상

마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실

사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응

아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애

자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈

나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡

다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애

라. 출혈 : 혈관손상

마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)

바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상

사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

주) 관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용

[별표-상해관련6] 골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절 (치아의 파절 및 파절치 제외)	S02 (S02.5 제외)
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 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
18. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
20. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련7] 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 머리의 으깸손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절	S22.0 - S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72
6. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
7. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
8. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
9. 대퇴골의 출산손상	P13.2

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련8] 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 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
18. 척추 및 척수의 출산손상	P11.5
19. 출산손상으로 인한 두개골골절	P13.0
20. 두개골의 기타 출산손상	P13.1
21. 대퇴골의 출산손상	P13.2
22. 기타 긴뼈의 출산손상	P13.3
23. 출산손상으로 인한 쇄골의 골절	P13.4
24. 기타 골격 부분의 출산손상	P13.8
25. 상세불명의 골격의 출산손상	P13.9

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련9] 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련10] 상해 척추손상 분류표

약관에 규정하는 상해 척추손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 목의 골절	S12
2. 경추간판의 외상성 파열	S13.0
3. 경추의 탈구	S13.1
4. 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
5. 목의 다발탈구	S13.3
6. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
7. 흉추의 골절	S22.0
8. 흉추의 다발골절	S22.1
9. 요추의 골절	S32.0
10. 천골의 골절	S32.1
11. 미추의 골절	S32.2
12. 요추 및 골반의 다발골절	S32.7
13. 요천추의 상세불명 부분의 골절	S32.83
14. 요추간판의 외상성 파열	S33.0
15. 요추의 탈구	S33.1
16. 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S33.3

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련11] 상해 관절(무릎·고관절)손상 분류표

약관에 규정하는 상해 관절(무릎 · 고관절)손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목		분류번호
무릎관절	1.무릎뼈의 골절	S82.0
	2.경골 상단의 골절	S82.1
	3.무릎의 탈구	S83.1
	4.현존 반달연골의 찢김	S83.2
	5.외측측부인대의 파열	S83.42
	6.내측측부인대의 파열	S83.43
	7.전십자인대의 파열	S83.52
	8.후십자인대의 파열	S83.53
	9.현존 무릎관절연골의 찢김	S83.3
	10.무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7
고관절	11.대퇴골 경부의 골절	S72.0
	12.대퇴골전자부골절	S72.1
	13.전자하골절	S72.2
	14.고관절의 탈구	S73.0

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련12] 아킬레스힘줄손상 분류표

약관에 규정하는 아킬레스힘줄손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
아킬레스힘줄의 손상	S86.0

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련13] 상·하지 특정상해 분류표

약관에 규정하는 상 · 하지 특정상해로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병 · 사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병 · 사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
2. 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
3. 아래팔의 으깸손상	S57
4. 아래팔의 외상성 절단	S58
5. 손목 및 손의 으깸손상	S67
6. 손목 및 손의 외상성 절단	S68
7. 엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
8. 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
9. 아래다리의 으깸손상	S87
10. 아래다리의 외상성 절단	S88
11. 발목 및 발의 으깸손상	S97
12. 발목 및 발의 외상성절단	S98
13. 팔의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.2
14. 다리의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.3
15. 다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.4
16. 양쪽 손의 외상성 절단	T05.0
17. 한쪽 손 및 다른 쪽 팔의 외상성 절단[손을 제외한 모든 부위]	T05.1
18. 양쪽 팔의 외상성 절단[모든 부위]	T05.2
19. 양쪽 발의 외상성 절단	T05.3
20. 한쪽 발 및 다른 쪽 다리의 외상성 절단[발을 제외한 모든 부위]	T05.4
21. 양쪽 다리의 외상성 절단[모든 부위]	T05.5
22. 모든 복합의 팔 및 다리의 외상성 절단[모든 부위]	T05.6

주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병 · 사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병 · 사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병 · 사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련14] 아나필락시스 분류표

약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	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. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병의 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·사인분류개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해관련15] 특정마취(급여) 분류표

약관에 규정하는 특정마취(급여)는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제6장(마취료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	내용		수가코드
정맥마취	전신마취		L0101
	부위(국소)마취		L0102
	감시하 전신마취	마취관리기본[30분 기준]	L0103
마취	기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1211
	마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1212
	척추마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1213
	경막외마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1214
	상박신경총마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1215
	척추경막외마취	마취관리기본[1시간 기준]	L1216

[별표-상해관련16] 특정수혈(급여) 분류표

약관에 규정하는 특정수혈(급여)은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제16장(전혈 및 혈액성분제제료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	내용	수가코드
전혈	전혈 320ml	X1001
	전혈 400ml	X1002
혈액성분제제 중 분획제제에 의한 것	신선액상혈장, 전혈 320ml기준	X2011
	신선액상혈장, 전혈 400ml기준	X2012
	농축적혈구, 전혈 320ml기준	X2021
	농축적혈구, 전혈 400ml기준	X2022
	세척적혈구, 전혈 320ml기준	X2031
	세척적혈구, 전혈 400ml기준	X2032
	동결해동적혈구, 전혈 320ml기준	X2131
	동결해동적혈구, 전혈 400ml기준	X2132
	신선동결혈장, 전혈 320ml기준	X2041
	신선동결혈장, 전혈 400ml기준	X2042
	동결혈장, 전혈 320ml기준	X2051
	동결혈장, 전혈 400ml기준	X2052
	동결침전제제, 전혈 320ml기준	X2061
	동결침전제제, 전혈 400ml기준	X2062
	동결침전물제거혈장, 전혈 320ml기준	X2141
	동결침전물제거혈장, 전혈 400ml기준	X2142
	혈소판풍부혈장, 전혈 320ml기준	X2071
	혈소판풍부혈장, 전혈 400ml기준	X2072
	농축혈소판, 전혈 320ml기준	X2081
	농축혈소판, 전혈 400ml기준	X2082
	백혈구제거적혈구, 전혈 320ml기준	X2091
	백혈구제거적혈구, 전혈 400ml기준	X2092
	농축백혈구, 전혈 320ml기준	X2101
	농축백혈구, 전혈 400ml기준	X2102
	백혈구여과제거적혈구, 전혈 320ml기준	X2111
	백혈구여과제거적혈구, 전혈 400ml기준	X2112
	백혈구여과제거혈소판, 전혈 320ml기준	X2121
	백혈구여과제거혈소판, 전혈 400ml기준	X2122
혈액성분제제 중 혈액성분 채집술에 의한 것 [성분채혈]	성분채집 적혈구(190ml)	X2515
	성분채집 혈소판(250ml)	X2501
	성분채집 백혈구(250ml)	X2502
	성분채집 혈장(500ml)	X2504
	세척혈소판(250ml)	X2516
	백혈구여과제거 성분채집 혈소판(250ml)	X2511
	복합성분채집 적혈구(190ml)	X2512
	복합성분채집 혈소판(250ml)	X2513
	복합성분채집 혈장(300ml)	X2514

[별표-상해관련17] 중증화상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증화상 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증 화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우 *단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 [별표-상해관련18]의 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	
[별표-상해관련18]에서 중증도 기준의 제1호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우	V247
[별표-상해관련18]에서 중증도 기준의 제2호 각 목의 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 제2호 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우	V248
[별표-상해관련18]의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
[별표-상해관련18]의 상병 중 제3호에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 별첨 3의 수술을 받는 경우	V306
[별표-상해관련18]의 상병 중 제4호에 해당하는 경우	V250

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증화상 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

[별표-상해관련18] 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병 및 수술명

약관에 규정하는 중증화상 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨 3] 본인부담금 산정특례 중증화상의 상병명 및 수술명 중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

<중증도 기준>

구분	상병명	상병코드
1	머리 및 목의 2도 화상	T20.2
	몸통의 2도 화상	T21.2
	손목 및 손의 2도 화상	T23.2
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상	T22.2
	발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상	T24.2
	발목 및 발의 2도 화상	T25.2
	상세불명 신체부위의 2도 화상	T30.2
2	머리 및 목의 3도 화상	T20.3
	몸통의 3도 화상	T21.3
	손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상	T22.3
	손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상	T24.3
	발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	상세불명 신체부위의 3도 화상	T30.3
3	머리 및 목의 3도 화상 중 안면부에 수상한 경우	T20.3
	몸통의 3도 화상 중 성기 또는 회음부에 수상한 경우	T21.3
	손목 및 손의 3도 화상	T23.3
	발목 및 발의 3도 화상	T25.3
	눈 및 부속기의 화상	T26.0~T26.4
4	호흡기도의 화상	T27.0~T27.3
	기타 내부기관의 화상	T28.0~T28.3

<체표면적 기준>

구분	상병명	상병코드
1	신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9
2	신체표면의 10-19%를 침범한 화상	T31.1
	신체표면의 20-29%를 침범한 화상	T31.2
	신체표면의 30-39%를 침범한 화상	T31.3
	신체표면의 40-49%를 침범한 화상	T31.4
	신체표면의 50-59%를 침범한 화상	T31.5
	신체표면의 60-69%를 침범한 화상	T31.6
	신체표면의 70-79%를 침범한 화상	T31.7
	신체표면의 80-89%를 침범한 화상	T31.8
	신체표면의 90%이상을 침범한 화상	T31.9

<수술명 및 수술코드>

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242 N0243 N0244 N0245 N0246 N0247 NA241 NA242 NA243
반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증화상 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라

판단합니다.

[별표-상해관련19] 중증외상환자 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증외상 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	특정기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

[별표-상해관련20] 1~8종 수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간 이식	A010	8
폐 이식	2. 폐 이식	A020	8
심장 이식	3. 심장 이식	A030	8
장 이식	4. 췌장 이식	A040	8
소장 이식	5. 소장 이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포 이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포 이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장 이식	A070	8
체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술 미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 장기 사용	A091	1
	11. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 단기 사용	A092	1
	12. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애의 경우), 인공호흡기 미사용	A093	1
	13. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 장기 사용	A094	1
	14. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 단기 사용	A095	1
	15. 기관 절개술(안면, 구강, 경부 장애 제외), 인공호흡기 미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지 이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B011	8
	18. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 동반)	B012	8
	19. 복잡 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B013	8
	20. 단순 뇌동맥류 수술(뇌졸중 미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류 색전술(뇌졸중 미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류 복합 수술(뇌졸중 동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류 복합 색전술(뇌졸중 동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 동반)	B021	8
	26. 두개내 혈관 수술(뇌졸중 미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 동반)	B023	6
	28. 뇌신경계 혈관기형 및 동정맥루 색전술(뇌졸중 미동반)	B024	6
	29. 경피적 뇌혈관 수술(협착·폐쇄 및 혈전제거 동시의 경우)	B025	6
	30. 경피적 뇌혈관 수술(협착 및 폐쇄의 경우)	B026	6
	31. 경피적 뇌혈관 수술(혈전제거의 경우)	B027	6
혈종제거술 및 기타개두술(외상 제외)	32. 혈종제거술(외상 제외)	B031	8
	33. 두개내 감압술(외상 제외)	B032	8
	34. 두개골 성형술(외상 제외)	B033	8
두개외 혈관수술	35. 두개외 혈관수술(뇌졸중 동반)	B041	4
	36. 두개외 혈관수술(뇌졸중 미동반)	B042	4
	37. 경피적 두개외 혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부 수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡 천막상부 종양절제술	B061	8
	40. 단순 천막상부 종양절제술	B062	8
	41. 복잡 천막하부 종양절제술	B063	8
	42. 단순 천막하부 종양절제술	B064	8
	43. 경피적 뇌신경계 종양 수술	B065	6
	44. 경비적 뇌하수체 종양 절제술	B066	8
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계 신경자극기 설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증 수술(전극삽입술 시행)	B081	7
	47. 뇌전증 수술(전극삽입술 미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계 정위수술(뇌종양 및 기타 병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계 정위수술(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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
뇌신경 수술	54. 뇌신경 수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	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
천두술	62. 천두술(경막하 또는 경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4
척추강내 병소절제술	65. 척수내 종양절제술	B151	6
	66. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	B152	6
	67. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	B153	6
	68. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기 척추변형 척추고정술	B161	5
	70. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	B162	5
	71. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증 동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증 미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	B174	2
	76. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	B175	1
	77. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	B176	1
척추 중재시술	78. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	B181	1
	79. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요 말초 및 뇌 신경 수술	B201	1
	83. 기타 말초 및 뇌 신경 수술	B202	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
기타 신경계수술	84. 수근관 이완술	B203	1
	85. 기타 근육, 건 및 인대 이완술	B204	1
	86. 기타 신경계 수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡 척추고정술	B211	4
	88. 복잡 척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡 안부 관통상 수술	C011	1
	90. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 동반)	C012	1
	91. 전안부 관통상 수술(수정체 수술 미동반)	C013	1
	92. 후안부 관통상 수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡 안와 수술, 한쪽	C021	2
	94. 복잡 안와 수술, 양쪽	C022	2
	95. 단순 안와 수술	C023	2
안구 수술(종양 수술 포함)	96. 안구 수술(종양 수술 포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 동반)	C043	2
	98. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 동반, 수정체 수술 미동반)	C044	2
	99. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 동반)	C045	2
	100. 망막 및 유리체 수술(망막주위막 제거술 미동반, 수정체 수술 미동반)	C046	2
안구 표면재건술	101. 주요 각막이식수술	C051	2
	102. 기타 각막이식수술	C052	2
	103. 공막 및 각막윤부이식수술	C053	2
수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	104. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C061	1
	105. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C062	1
	106. 주요 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C063	1
	107. 기타 수정체 소절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C064	1
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	108. 주요 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C071	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관)	109. 기타 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 한쪽	C072	1
	110. 수정체 대절개 수술(유리체 절제술 유무와 무관), 양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성 백내장 수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C091	2
	113. 복잡 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C092	2
	114. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C093	2
	115. 단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타 주요 안구내 수술	C101	1
	117. 기타 단순 안구내 수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡 사시 수술	C111	1
	119. 단순 사시 수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡 안검 수술, 제1형	C121	1
	121. 복잡 안검 수술, 제2형	C122	1
	122. 복잡 안검 수술, 제3형	C123	1
	123. 주요 안검 수술, 제1형	C124	1
	124. 주요 안검 수술, 제2형	C125	1
	125. 주요 안검 수술, 제3형	C126	1
	126. 기타 안검 수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡 눈물길 수술	C131	1
	128. 주요 눈물길 수술, 한쪽	C132	1
	129. 주요 눈물길 수술, 양쪽	C133	1
	130. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 단안	C135	1
	131. 기타 눈물길 수술(경비내시경 포함), 양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭 재건술	C141	1
	133. 복잡 결막 수술	C142	1
	134. 단순 결막 수술	C143	1
기타 안구외수술	135. 기타 안구외 수술	C150	1
내이 수술	136. 귀 이식술	D011	5
	137. 주요 내이 수술	D012	3
	138. 단순 내이 수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기 수술	D021	2
	140. 유양돌기 수술	D022	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
중이 및 유양돌기 수술	141. 고실 수술	D023	2
	142. 이소골 재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입 고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요 외이 및 귀 수술	D031	1
	146. 단순 외이 및 귀 수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀 및 두개저 악성종양 수술	D041	7
	148. 비강, 부비동, 비인강 악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동 개방 수술(한 개, 한쪽)	D051	1
	150. 부비동 개방 수술(한 개, 양쪽)	D052	1
	151. 부비동 개방 수술(여러 개, 한쪽)	D053	1
	152. 부비동 개방 수술(여러 개, 양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 한쪽)	D061	1
	154. 내시경을 이용한 부비동 수술(한 개, 양쪽)	D062	1
	155. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D065	1
	156. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 한쪽)	D066	1
	157. 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D067	1
	158. 복잡 내시경을 이용한 부비동 수술(여러 개, 양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요 코 수술	D081	1
	160. 비중격 및 비갑개수술	D082	1
	161. 단순 코 수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강 및 타액선 악성종양 수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요 후두 및 인두 악성종양 수술(경동맥소체 포함)	D101	7
	164. 단순 후두 및 인두 악성종양 수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술, 한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술, 양쪽	D112	4
안면골 수술	167. 악관절 수술	D121	2
	168. 주요 안면골 수술	D122	2
	169. 단순 안면골 수술	D123	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
두경부 재건술	170. 두경부 재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선 및 설하선 수술	D142	2
	173. 기타 타액선 수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부 수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요 편도 및 아데노이드 수술	D161	1
	177. 단순 편도 및 아데노이드 수술	D162	1
구강, 인후두 수술	178. 주요 구강 및 인두, 후두 수술	D171	1
	179. 단순 구강 및 인두, 후두 수술	D172	1
기타 이비인후, 구강 질환 수술	180. 기타 이비인후, 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
	188. 흉강경을 이용한 주요 수술	E018	7
	189. 흉강경을 이용한 기타 수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경 및 방사선하 수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군 수술	E032	1
	192. 호흡기계 기타 단순 수술	E033	1
	193. 기타 호흡기계 수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양 배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출 배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기 설치술 또는 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
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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반)	226. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 동반, 다발혈관)	F112	4
급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반)	227. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성 심근경색증의 경피적 관상동맥 수술(심각한 합병증 미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	229. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F133	4
	230. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(단일혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F134	4
	231. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 제외)	F135	4
	232. 급성 심근경색증이 아닌 기타 경피적 관상동맥 수술(다발혈관, 만성폐쇄성병변의 경우 포함)	F136	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 포함)	233. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F141	4
	234. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F142	4
	235. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 포함)	F143	4
부정맥의 경피적 수술(3차원 지도화 기능 미포함)	236. 심실빈맥 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F151	4
	237. 심방세동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F152	4
	238. 발작성 심실상빈맥 및 심방조동 전극도자 절제술(3차원 지도화 기능 미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막성형술	239. 경피적 승모판 풍선 판막성형술	F161	4
	240. 경피적 대동맥 또는 폐동맥 풍선 판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F181	4
혈관 기형의 경피적 수술	242. 관상동맥 및 폐동맥 기형의 경피적 색전술(두경부 제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥 색전증 및 혈전증의 경피적 수술	F192	4
	244. 말초동맥 동맥류 및 박리의 경피적 수술	F193	4
	245. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 여러 개	F194	4
	246. 말초동맥 만성 폐쇄성 질환의 경피적 수술, 한 개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타 경피적 심혈관 수술	F200	4
체내 심박조율기 설치술(급성 심근경색증, 심부전, 쇼크의 경우)	248. 영구적 심박조율기 설치술	F211	5
	249. 영구적 심박조율기 교환술	F212	5
	250. 심박조율기 제거 및 전환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타 혈관 복구 수술	F220	2
순환 장애 절단술(수족부 제외)	252. 순환 장애 절단술(수족부 제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환 장애 수족부 절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류 광범위 절제술(여러 개)	F253	1
	255. 정맥류 광범위 절제술(한 개)	F254	1
	256. 정맥류 국소 절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타 순환기계 수술	F260	1
식도 수술	258. 식도 악성종양 근치 수술 및 식도 재건술	G011	7
	259. 기타 주요 식도 수술	G012	5
	260. 기타 단순 식도 수술	G013	4
직장절제술(림프절절제 동반)	261. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 동반)	G021	7
	262. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 동반)	G022	7
직장절제술(림프절절제 미동반)	263. 복강경을 이용한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G031	7
	264. 개복에 의한 직장절제술(림프절절제 미동반)	G032	7
경항문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양의 경우)	G041	7
	266. 경항문 및 경천골 접근 직장절제술(악성종양 제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요 십이지장 수술	G050	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
식도정맥류수술	268. 식도 정맥류 수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을 이용한 위전절제술	G071	7
	270. 개복에 의한 위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을 이용한 위아전절제술	G081	7
	272. 개복에 의한 위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을 이용한 기타 위절제술	G091	5
	274. 개복에 의한 기타 위절제술	G092	5
	275. 복강경을 이용한 기타 설상절제술	G093	5
	276. 개복에 의한 기타 설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을 이용한 소화성 궤양 수술	G101	4
	278. 개복에 의한 소화성 궤양 수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을 이용한 기타 위 및 식도 수술	G111	4
	280. 개복에 의한 기타 위 및 식도 수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을 이용한 결장 및 직장 전 절제술	G121	7
	282. 개복에 의한 결장 및 직장 전 절제술	G122	7
결장절제술(림프절절제 동반)	283. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 동반)	G131	7
	284. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 동반)	G132	7
결장절제술(림프절절제 미동반)	285. 복강경을 이용한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G141	5
	286. 개복에 의한 결장절제술(림프절절제 미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을 이용한 기타 대장 수술	G151	4
	288. 개복에 의한 기타 대장 수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을 이용한 주요 소장 및 장간막 수술	G171	5
	290. 개복에 의한 주요 소장 및 장간막 수술	G172	5
	291. 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 제외(장절제 동반)	G202	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외	296. 복강경을 이용한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G203	1
	297. 개복에 의한 탈장 수술, 서혜 및 대퇴부 제외(장절제 미동반)	G204	1
충수절제술	298. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G211	3
	299. 복강경을 이용한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G212	3
	300. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단의 경우)	G213	3
	301. 개복에 의한 충수절제술(복잡 주진단이 아닌 경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G221	1
	303. 복강경을 이용한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G222	1
	304. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 한쪽	G223	1
	305. 개복에 의한 재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술, 양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	306. 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	307. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 한쪽	G241	1
	308. 복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G242	1
개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반)	309. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단의 경우), 한쪽	G251	1
	310. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반, 복잡 주진단이 아닌 경우), 한쪽	G252	1
	311. 개복에 의한 서혜 및 대퇴부 탈장 수술(장절제 미동반), 양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수 항문 수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요 치핵 수술	G271	1
	314. 단순 치핵 수술	G272	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
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(직장류 교정술 포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염 수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타 소화기계 수술	G332	1
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계 질환의 혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G503	1
	326. 위내시경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G504	1
	327. 위내시경 시술, 당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)	G523	1
	329. 결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)	G524	1
	330. 결장경 시술, 당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경 시술	G531	1
	332. 구불결장경 시술, 당일퇴원	G532	1
소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	333. 소화기 내시경 시술, 화학요법을 동반한 경우, 재원기간 2일 이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경 시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관 협착을 위한 방사선하 시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계 질환의 경피적 배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장 복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요 간담도 복합수술	H021	7
	339. 기타 간담도 복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장 복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을 이용한 주요 간 절제술	H041	7
	342. 개복에 의한 주요 간 절제술	H042	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
간 절제술	343. 복강경을 이용한 기타 간 절제술	H043	5
	344. 개복에 의한 기타 간 절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을 이용한 간 수술	H051	4
	346. 개복에 의한 간 수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계 질환 치료를 위한 단락술	H060	4
담도 절제술(림프절 절제 동반)	348. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H071	7
	349. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 동반)	H072	7
담도 절제술(림프절 절제 미동반)	350. 복강경을 이용한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H081	5
	351. 개복에 의한 담도 절제술(림프절 절제 미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을 이용한 주요 담도 수술	H091	5
	353. 개복에 의한 주요 담도 수술	H092	5
담낭절제술	354. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H101	4
	355. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 동반)	H102	4
	356. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H103	4
	357. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 동반)	H104	4
	358. 복강경을 이용한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H105	4
	359. 개복에 의한 담낭절제술(경피적담낭조루술 동반)	H106	4
	360. 복강경을 이용한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H107	4
	361. 개복에 의한 담낭절제술(총수담관탐구술 및 경피적담낭조루술 미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을 이용한 췌장절제술	H111	7
	363. 개복에 의한 췌장절제술	H112	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
췌장 수술	364. 복강경을 이용한 췌장 수술	H121	4
	365. 개복에 의한 췌장 수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경 시술	H142	3
	367. 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타 간담도 및 췌장 수술	H144	3
	369. 경피적 담관경 시술	H145	3
	370. 경피적 담관 시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양 제외)	H152	3
	372. 담도협착을 위한 경피적 시술	H154	3
	373. 담석제거를 위한 경피적 시술	H155	3
	374. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 동반	H156	6
	375. 경피적 혈관 시술(간의 악성종양의 경우), 소작술 미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의 경피적 치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술의 경우)	I011	4
	380. 양쪽 또는 복수 주요 관절 수술(치환술 제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절 전재치환술	I021	4
	382. 고관절 전치환술	I022	4
	383. 고관절 부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절 전재치환술	I031	3
	385. 슬관절 전치환술	I032	3
	386. 슬관절 부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타 관절 전재치환술	I041	2
	388. 기타 관절 전치환술	I042	2
	389. 기타 관절 부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물 제거술	I044	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내 종양절제술	I061	6
	393. 척추강내 병소절제술(척수병증 동반)	I062	6
	394. 척추강내 병소절제술(척수병증 미동반)	I063	6
	395. 척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기 척추변형 척추고정술	I071	5
	397. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)	I072	5
	398. 성인기 척추변형 척추고정술(감압술 미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증 동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증 미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술 및 추간판제거술(척수병증 미동반)	I084	2
	403. 기타 척추 수술(척수병증 동반)	I085	1
	404. 기타 척추 수술(척수병증 미동반)	I086	1
척추 중재시술	405. 척추 중재시술(뼈에 시행한 경우)	I091	1
	406. 척추 중재시술(신경에 시행한 경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술	I102	1
절단술	409. 주요 절단술	I111	7
	410. 기타 절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)	I121	7
	412. 골악성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의 광범위 절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의 소파술 또는 절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염 및 농양 수술(골반골, 대퇴골, 하퇴골, 상완골, 전완골, 쇄골)	I131	2
	416. 골수염 및 농양 수술(기타)	I132	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
골수염 및 농양 수술	417. 근농양 배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽 또는 복수 고관절 및 대퇴부 수술	I141	3
	419. 한쪽 고관절 및 대퇴부 수술	I142	2
상완골, 경골 및 비골 수술	420. 상완골, 경골 및 비골 수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지 제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개 수술	I181	1
	424. 관절와순 수술	I182	1
	425. 복수 진단 견부 수술	I183	1
	426. 기타 견부 수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대 수술	I191	1
	428. 반달연골 수술, 양쪽	I192	1
	429. 반달연골 수술, 한쪽	I193	1
	430. 기타 슬관절 수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절 및 전완부 수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부 및 족관절 힘줄인대 수술	I211	1
	433. 족관절 골연골 병변 수술	I212	1
	434. 기타 족부 및 족관절 수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치 제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요 완관절 및 수부 수술	I251	1
	437. 단순 완관절 및 수부 수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관 조직이식	I261	3
	439. 기타 피판술	I262	2
	440. 피부 및 지방 이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한 연조직 수술	I271	1
	442. 주요 연조직 수술	I272	1
	443. 단순 연조직 수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반 및 비구 골절 수술	I281	3
	445. 대퇴부 골절 수술	I282	3
	446. 슬관절 및 하퇴골 골절 수술	I283	3
	447. 족관절 및 족부 골절 수술	I284	2
	448. 견부 및 상완골 골절 수술	I285	3
	449. 전완부 골절 수술	I286	2
	450. 수부 골절 수술	I287	1

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
기타 결합조직 수술	451. 기타 결합조직 수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡 인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡 척추고정술	I311	4
	459. 복잡 척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡 사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡 관절고정술	I322	2
	462. 복잡 사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡 가관절수술	I324	2
	464. 복잡 반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡 화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡 골수염 및 농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계 질환의 경피적 배액술	I500	1
피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직 및 유방 질환에 대한 미세혈관 조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염의 경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J021	2
	470. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염의 경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술(피부궤양, 봉소염 제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염 제외)	J031	2
	472. 피부 이식술(피부궤양, 봉소염 제외)	J032	2
기타 피부, 피하조직수술	473. 피부 및 연조직 악성종양 적제술	J041	4
	474. 피부 및 연조직 수술	J042	1
	475. 기타 피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을 이용한 유방재건술	J051	3
	477. 보형물을 이용한 유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치 유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의 경우)	J062	7

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
주요 유방 수술	480. 유방절제술(악성종양 제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를 이용한 단순 유방 수술	J071	1
	482. 절개에 의한 단순 유방 수술	J072	1
액와 수술	483. 액와 수술(악성종양의 경우)	J081	4
	484. 액와 수술(악성종양 제외)	J082	1
기타 유방 및 액와 수술	485. 기타 유방 및 액와 수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문 주위 및 모소 수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비, 영양 및 대사장애 절단술	488. 내분비, 영양 및 대사장애 절단술(수족부 제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양 및 대사장애 수족부 절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부 종양 절제술	K021	8
	491. 복잡 경비적 뇌하수체종양 절제술	K023	8
	492. 단순 경비적 뇌하수체종양 절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을 이용한 부신수술	K031	4
	494. 개복에 의한 부신수술	K032	4
내분비, 영양 및 대사장애 피부 이식 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
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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	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
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
	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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
기타 신장 및 비뇨기계 시술	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	M042	1
	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 수술(악성종양의 경우)	568. 복강경을 이용한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N011	7
	569. 개복에 의한 자궁 수술(악성종양의 경우)	N012	7
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	570. 복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)	N021	2

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
주요 자궁절제술(악성종양 제외)	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 제외)	582. 복강경을 이용한 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N081	1
	583. 자궁경부, 질 및 외음부 수술(악성종양 제외)	N082	1
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

구분	수술 및 시술명	수술 시술 코드	수술 시술 종류
여성생식기계 경피적 혈관 수술	594. 여성생식기계 경피적 혈관 수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	595. 일반 제왕절개분만(단태아)	O011	1
	596. 고위험 제왕절개분만(단태아)	O012	1
	597. 질식분만 시도 후 제왕절개분만(단태아)	O013	1
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
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 피부이식	621. 기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	X030	3
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

주1) 상기의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

주2) 이 특별약관은 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 분류된 「ADRG」중 다음의 「ADRG」는 보장하지 않습니다.

① 「ADRG」에서 주진단 범주(MDC)에 해당하는 첫번째 자리(알파벳)을 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60" ~ "99"에 해당하는 경우

[예시]
「ADRG」가 "B601"의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 "60"이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

② 아래 표에 기재된 「ADRG」

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

ADRG	수술 및 시술명
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침흡인 생검
F051	심장 중격결손증 수술
F052	기타 복잡 심장 기형 교정술
F171	선천성 심장병 협착 질환의 경피적 혈관성형술(스텐트 사용)
F172	경피적 심장내 혈관성형술(스텐트 사용)
F173	순환기계의 경피적 풍선 혈관성형술
F501	심장 전기 생리 검사
F502	심장질환을 위한 심도자술 및 혈관조영술
F503	진단적 관상동맥 조영술
F504	심근생검
F505	심낭천자
G161	선천성 거대결장 및 장무공증 수술
G162	주요 직장항문 기형 수술
G163	기타 직장항문 기형 수술
G331	소화기계 질환을 위한 진단적 시술
H131	간담도 진단적 시술(악성종양의 경우)
H132	간담도 진단적 시술(악성종양 제외)
H530	진단적 역행성담췌관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
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

ADRG	수술 및 시술명
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삽입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)
P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술

ADRG	수술 및 시술명
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 DRG가 생성되어 보장에서 제외됩니다.

※ "960 DRG"라 함은 "Error DRG"는 아니지만 입원 2일 이내에 조기 사망한 환자(신생아 제외)를 뜻합니다. 다만, 통원일 또는 퇴원일을 기준으로 진료비세부내역서 등에서 확인되는 「수술시술코드」는 보장합니다.

※ 이 특별약관에서 수술시술코드 및 ADRG는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 기준)에서 정의된 ADRG코드 및 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.)에서 정의된 수가코드, 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

약관에 규정하는 관절증 질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
[관절증 질환]	
1. 고관절증	
양쪽 원발성 고관절증	M16.0
기타 원발성 고관절증	M16.1
형성이상으로 인한 양쪽 고관절증	M16.2
기타 형성이상성 고관절증	M16.3
양쪽 외상후 고관절증	M16.4
기타 외상후 고관절증	M16.5
2. 무릎관절증	
양쪽 원발성 무릎관절증	M17.0
기타 원발성 무릎관절증	M17.1
양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
기타 외상후 무릎관절증	M17.3

※ 고관절증中 M16.6, M16.7, M16.9 및 무릎관절증中 M17.4, M17.5, M17.9는 보상하지 않습니다.

[별표-상해관련21] 1~5종 수술 분류표

Ⅰ. 일반 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]	1
근골(筋骨)의 수술[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒)·치은 ·치근(齒根) ·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술[비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술[비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외함]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계·흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacem aker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy)[개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4

구분	수술명	수술 종류
소화기계의 수술	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계·생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂),요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2

구분	수술명	수술 종류
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	2

구분	수술명	수술 종류
시각기의 수술 [약물주입 술은 제외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함) [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 1. 근골(筋骨)의 수술에서 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외하며, 치(齒)·치은 ·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것도 제외합니다.

2. 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	3
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술 (수술개시일부터 60일이내 2회이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능함)	3

주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 상해 및 질병치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정

합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예 : 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술종류
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的放射線治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「1~5종 수술분류표」에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 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 것을 포함합니다.

2. 「관혈(觀血)」 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. 「근본(根本)」 혹은 「근치(根治)」 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. 「관혈적 악성신생물 근치수술」이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. 「1~5종 수술분류표」 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

「1~5종 수술분류표」에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 「1~5종 수술분류표」 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 「1~5종 수술분류표」 상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 「1~5종 수술분류표」 중 「일반 상해 및 질병 치료목적의 수술」 88항 (악성신생물의 경우는 「악성신생물 치료 목적의 수술」 2항)을 우선 적용합니다.

6. 「악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료」라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. 「두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료」라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상 목적의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표-상해관련22] 1~5종 수술 분류표(간병)

Ⅰ. 일반 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1
근골(筋骨)의 수술[발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술[비골(鼻骨)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨)·하악골(下顎骨)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술[비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외함]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는 것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術)[골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
호흡기계·흉부(胸部)의 수술	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술[개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4
순환기계, 비장(脾腸)의수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacem aker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術)[개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy)[개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	4
소화기계의 수술	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술[개복술을 수반하는 것]	3

구분	수술명	수술 종류
	37. 간장 이식수술[수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] (단, 직장탈근본수술은 제외)	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1
비뇨기계·생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂),요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊) 관혈수술, 전립선(前立腺) 관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
비뇨기계·생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1

구분	수술명	수술 종류
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [악물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
시각기의 수술 [악물주입술은 제외]	72. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3

구분	수술명	수술종류
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter), 고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 1. 근골(筋骨)의 수술에서 발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외하며, 치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것도 제외합니다.

2. 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성 신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성 신생물 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성 신생물 수술	3

주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 상해 및 질병치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.

- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예 : 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

Ⅲ. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

수술명	수술종류
1. 악성 신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성 신생물 근치 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的放射線治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해 또는 질병으로 인한 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 「1~5종 수술분류표」에서 정한 행위를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다. 또한, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경 시에는 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 것을 포함합니다.

2. 「관혈(觀血)」 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. 「근본(根本)」 혹은 「근치(根治)」 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. 「관혈적 악성신생물 근치수술」이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. 「1~5종 수술분류표」 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
「1~5종 수술분류표」에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 「수술」의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
   1) 「1~5종 수술분류표」 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 「1~5종 수술분류표」 상의 동일부위 수술로 봅니다.
   2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 「1~5종 수술분류표」 중 「일반 상해 및 질병 치료목적의 수술」 88항 (악성신생물의 경우는 「악성신생물 치료 목적의 수술」 2항)을 우선 적용합니다.

6. 「악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료」라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. 「두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료」라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.
   1) 미용 성형상 목적의 수술
   2) 피임(避妊) 목적의 수술
   3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
   4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

[별표-상해및질병관련1] 급여 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술(3/5cm미만,급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목		수가코드
안면 또는 경부	창상봉합술(안면 또는 경부,단순봉합,표재성,길이 1.5cm 미만)	S0021
	창상봉합술(안면 또는 경부,단순봉합,표재성,길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만)	S0022
	창상봉합술(안면 또는 경부,변연절제포함,표재성,길이 1.5cm 미만)	SA021
	창상봉합술(안면 또는 경부,변연절제포함,표재성,길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만)	SA022
안면 과경부 이외	창상봉합술(안면 과경부 이외,단순봉합,표재성,길이 2.5cm 미만)	SB021
	창상봉합술(안면 과경부 이외,단순봉합,표재성,길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만)	SB022
	창상봉합술(안면 과경부 이외,변연절제포함,표재성,길이 2.5cm 미만)	SC021
	창상봉합술(안면 과경부 이외,변연절제포함,표재성,길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만)	SC022

[별표-상해및질병관련2] 급여 창상봉합술 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술(급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목		수가코드
안면 또는 경부	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만)	S0027
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0028
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0029
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	S0030
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm미만)	S0031
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0032
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0037
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0038
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0039
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	S0040
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA027
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA028
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA029
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	SA030
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm미만)	SA031
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	SA032
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA037
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA038
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA039
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이10cm 이상, 5cm마다 추가)	SA040

분류항목		수가코드
안면과 경부 이외	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만)	SB029
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 10cm마다 추가)	SB030
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm미만)	SB031
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB032
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB039
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이10cm이상, 10cm마다 추가)	SB040
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC029
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이10cm이상, 10cm 마다 추가)	SC030
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm 미만)	SC031
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SC032
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC039
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이10cm이상, 10cm마다 추가)	SC040

[별표-상해및질병관련3] 급여 창상봉합술(안면부) 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술(안면부,급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목		수가코드
안면또는경부	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만)	S0027
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0028
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0029
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	S0030
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm미만)	S0031
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	S0032
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	S0037
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	S0038
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	S0039
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	S0040
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA027
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA028
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA029
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	SA030
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm미만)	SA031
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	SA032
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA037
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA038
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA039
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이10cm 이상, 5cm마다 추가)	SA040

[별표-상해및질병관련4] 급여 창상봉합술(안면부,단순봉합제외) 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술(안면부,단순봉합제외,급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제9장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목		수가코드
안면또는경부	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA027
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA028
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA029
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이10cm이상, 5cm마다 추가)	SA030
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm미만)	SA031
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이1.5cm이상~3.0cm미만)	SA032
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이3.0cm이상~5.0cm미만)	SA037
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~7.5cm미만)	SA038
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이7.5cm이상~10.0cm미만)	SA039
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이10cm 이상, 5cm마다 추가)	SA040

[별표-상해및질병관련5] 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	특정기호
[별표-개별사항5.1]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별표-개별사항5.2]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술에 해당하는수술을 받은 경우 최대 30일	V191
[별표-개별사항5.1]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병에서 I60~I62에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일 단, [별표-개별사항5.2]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
[별표-개별사항5.1]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병에서 I63에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에병원에 도착하여 입원 진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일 단, [별표-개별사항5.2]본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술을 받지 않은 경우	V275

주) 1. NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

[별표-개별사항5.1] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

분류항목	분류번호
뇌혈관질환	I60 - I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0 - Q28.3
두개내손상	S06

주) 향후「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

[별표-개별사항5.2] 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
혈종제거를 위한 개두술	S4621,S4622
뇌동맥류수술	S4641,S4642
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661,S4662
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술 - 혈종제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593,M6594,M6597
경피적뇌혈관약물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601,M6602,M6605
경피적혈전제거술	M6630,M6632,M6635,M6636,M6637,M6639
혈관색전술	M1661~M1667,M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333
혈관내 죽종제거술	O0226,O0227,O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

주) 향후「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

[별표-상해및질병관련6] 중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표

약관에 규정하는 중증질환자(심장질환) 산정특례대상은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	특정기호
[별표-개별사항6.3]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 [별표-개별사항6.4]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술에 해당하는 수술 또는 [별표-개별사항6.5]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일 단, [별표-개별사항6.3]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 [별표-개별사항6.4]본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

[별표-개별사항6.3] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

분류항목	분류항목
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의 죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4,Q26.8,Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주) 향후「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

[별표-개별사항6.4] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
동맥관 우회로 조성술	OA640,OA641,OA647~OA649,O1640~O1641,O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671,O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701,O1702
폐동맥결찰술	O1703,O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710,O1711,O1721~O1723
판막협착증수술	O1730,O1740,O1750,O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793,O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796,O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821,O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825,O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840
동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851,O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873,O1874
라스텔리씨수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879,O1881,O1882,O1883
심실 보조장치 치료술	O0881,O0882,O0883,O0886,O0887,O0888,O0889
인공심폐순환	O1890,O1891
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902
체외순환막형산화요법	O1903~O1904,O1907
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921,O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932,O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장종양제거술	O1981,O1982
심박기거치술	O2001,O2004,O2005,O2009,O0203~O0210,O0241~O0243
부정맥수술	O2006,O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211,O0212,O2211,O2212
동맥류 절제술	O0231,O2021,O2022,O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521,M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543,M6546~M6548,M6550 및 M0651,M0652
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552,M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564,M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571,M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580,M6581,M6582

경피적 폐동맥판 삽입술	M6685
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632,M6634,M6638,M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103
디케이에스수술	O1853
관상동맥성형술	O1854
대동맥박리수술	O0232~ O0234
대동맥근부수술	O0235

주) 향후「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

[별표-개별사항6.5] 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1시행) 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

[별표-상해및질병관련 7] 재활치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「재활치료(급여)」는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	대상항목	수가코드
기본물리치료	1.표층열치료	MM010~MM015
	2.한냉치료	
	가. 콜드팩	MM011
	나. 냉동치료	MM012
	3.심층열치료	MM020
	4.자외선치료	MM030
	5.경피적 전기신경자극치료	MM070~MM080
	6.마사지치료	MM090
	7.단순운동치료	MM101
단순재활치료	8.파라핀욕	MM042
	9.수치료	
	가. 증기욕치료	MM041
	나. 정규욕조치료	MM043
	다. 대조욕치료	MM049
	라. 회전욕치료	MM044~MM045
	마. 하버드탱크 치료	MM046
	10.유속치료	MM170
	11.간헐적 견인치료	
	가. 경추견인	MM051
	나. 골반견인	MM052
	12.전기자극치료	
	가. 마비근 치료	MM060
	나. 근력강화 치료	MM061
	13.재활저출력레이저치료	MM085
	14.운동치료	
	가. 복합운동치료	MM102
	나. 등속성 운동치료	MM103
	15.운동점차단술	MM161
	16.압박치료	MM190
	17.복합림프물리치료	MM200
	18.이온삼투요법	MX121
전문재활치료	19.풀치료	
	가. 보행풀치료	MM047
	나. 전신풀치료	MM048
	20.중추신경계발달재활치료	MM105
	21.작업치료	
	가. 단순작업치료	MM111
	나. 복합작업치료	MM112
	다. 특수작업치료	MM113
	22.일상생활동작 훈련치료	MM114
	23.신경인성 방광훈련 치료	MM120
	24.기능적전기자극치료	MM151
	25.근막동통유발점 주사자극치료	MM131~MM132
	26.재활사회사업	
	가. 개인력조사	MM141
	나. 사회사업상담	MM142
	다. 가정방문	MM143
	27.호흡재활치료	MM290
	28.재활기능치료	
	가. 매트 및 이동치료	MM301
	나. 보행치료	MM302
	29.연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
	30.연하장애재활치료	MX141

[별표-상해및질병관련 8] 특정생검(급여) 분류표

약관에 규정하는 특정생검(급여)은 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
침생검-심부-복막	C8511
침생검-심부-흉막	C8512
침생검-심부-장기[편측]	C8513
침생검-심부-심낭[EKG비용포함]	C8514
침생검-심부-척수	C8515
절개생검-심부-개흉에 의한 것	C8533
절개생검-심부-개복에 의한 것	C8534
전립선생검-관혈적	C8552
고환,부고환생검-경피적	C8561
고환,부고환생검-관혈적	C8562
자궁내막조직생검-흡인생검	C8573
자궁내막조직생검-단순소파생검	C8574
자궁내막조직생검-자궁경내소파술	C8575
자궁내막조직생검-구획소파생검	C8572
자궁경부 착공생검	C8576
골생검-침생검	C8581
골생검-절개생검-척추골	C8582
골생검-절개생검-기타부위	C8583
갑상선생검-관혈적	C8592
관절절개생검술-견관절,고관절,천장관절	C8601
관절절개생검술-주관절,슬관절	C8602
관절절개생검술-완관절 및 족관절	C8603
관절절개생검술-기타부위	C8604
신경생검술	C8610
경정맥간생검	C8620
심근생검	CZ976
유방생검[편측]-절개생검	C8642

[별표-상해및질병관련 9] 골수검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 골수검사(급여)는「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
골수천자	C8031
골수천자생검[편측]	C8520

[별표-상해및질병관련 10] 특정내시경(급여) 분류표

약관에 규정하는 특정내시경(급여)은「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치 점수」중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

내용	수가코드
흉강경검사	E7600
종격동검사	E7605
내시경적 역행성 담(췌)관조영술	E7621
모자내시경형 담(췌)관경검사	E7622
도관 기반의 담(췌)관경검사	E7623
경피적담관(낭)경검사 [T-tube, PTBD를 통한 것]	E7631
담도경검사	E7640
풍선 소장내시경검사 [방사선료 포함] - 경구	E7651
풍선 소장내시경검사 [방사선료 포함] - 경항문	E7652
후복강경검사	E7691
요관경검사 [요관점막하 주입 포함] - 연성요관경	E7741
요관경검사 [요관점막하 주입 포함] - 경성요관경	E7740
신내시경검사	E7760
캡슐내시경검사 [소장질환 진단목적에 한함]	EZ937

[별표-상해및질병관련11] 중증치매 분류표

약관에 규정하는 중증치매로 분류되는 질병은 보건복지부가 고시하는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)([시행 2023.6.1.][보건복지부고시 제2023-100호, 2023.6.1., 일부개정])에 해당하는 질병 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

특정기호	상병명	상병코드
1. 아래 상병으로 등록하여 해당 상병 및 이와 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료		
V800	1. 조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0†)	F00.0
	2. 알츠하이머병 2형(G30.0†)	F00.0
	3. 초로성 치매, 알츠하이머형(G30.0†)	F00.0
	4. 알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매,초로성 발병(G30.0†)	F00.0
	5. 피크병에서의 치매(G31.00†)	F02.0
	6. 조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0
	7. 피크병	G31.00
	8. 전두측두치매	G31.00
	9. 의미변이원발진행실어증	G31.01
	10. 비유창원발진행실어증	G31.02
	11. 로고페닉원발진행실어증	G31.03
	12. 달리 분류되지 않은 원발진행실어증	G31.04
	13. 진행성 고립성 실어증	G31.04
	14. 루이소체치매(F02.8*)	G31.82
2. 아래 상병으로 등록하여 다음 중 한 가지 상황 발생 시, 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료를 받은 경우 등록일 기준 매년 최대 60일. 단, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목의 요양병원을 제외한 병원급 이상 의료기관에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 60일 추가 인정 ① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우, ② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우, ③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우, ④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우		
V810	1. 만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1†)	F00.1
	2. 알츠하이머병 1형(G30.1†)	F00.1
	3. 알츠하어머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1†)	F00.1
	4. 알츠하이머형의 노년성 치매(G30.1†)	F00.1
	5. 비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8†)	F00.2
	6. 비정형치매, 알츠하이머형(G30.8†)	F00.2
	7. 급성 발병의 혈관성 치매	F01.0
	8. 다발-경색치매	F01.1
	9. 주로 피질성 치매	F01.1
	10. 피질하 혈관성 치매	F01.2
	11. 혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3
	12. 만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1

주) 향후 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례대상)으로 분류되는 질병이 변경될 경우 변경된 내용을 적용합니다.

[별표-상해및질병관련12] 치매 분류표

약관에 규정하는 치매로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매 - [G31.82† : 루이소체치매(F02.8*)]	F02* G31.82†
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1
6. 알츠하이머병	G30

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[별표-상해및질병관련13] 치매전문재활치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「치매전문재활치료(급여)」는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목	수가코드
1. 보행풀치료	MM047
2. 전신풀치료	MM048
3. 중추신경계발달재활치료	MM105
4. 단순작업치료	MM111
5. 복합작업치료	MM112
6. 특수작업치료	MM113
7. 일상생활동작 훈련치료 [1일당]	MM114
8. 신경인성 방광훈련 치료	MM120
9. 기능적전기자극치료	MM151
10. 근막동통유발점 주사자극치료 [1일당]	MM131
11. 근막동통유발점 주사자극치료 [1일당](동시에 2 이상의 동통유발점 부위에 각각 실시한 경우)	MM132
12. 개인력조사	MM141
13. 사회사업상담	MM142
14. 가정방문	MM143
15. 호흡재활치료 [1일당]	MM290
16. 매트 및 이동치료	MM301
17. 보행치료	MM302
18. 보행치료(보행훈련을 뇌졸중 환자에게 로봇을 사용하여 30분 이상 실시한 경우)	MM304
19. 연하재활 기능적전기자극치료	MZ008
20 연하장애재활치료	MX141

[별표-상해및질병관련14] 치매정신요법치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「치매정신요법치료(급여)」는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분류항목		수가코드
개인정신치료	개인정신치료 Ⅰ (10분 이하)	NN001
	개인정신치료 Ⅱ (10분 초과 20분 이하)	NN002
	개인정신치료 Ⅲ (20분 초과 30분 이하)	NN003
	개인정신치료 Ⅳ (30분 초과 40분 이하)	NN004
	개인정신치료 Ⅴ (40분 초과)	NN005
집단정신치료	지지표현적 집단정신치료	NN021
	역동상호작용적 집단정신치료	NN022
	정신치료극	NN023
가족치료	개인	NN031
	집단	NN032
작업 및 오락요법 [음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등]		NN040
약물이용면담		NN050
전기충격요법	일반전기충격요법	NN071
	특수전기충격요법 [마취하]	NN072
지속적 수면요법	전기	NN081
	약물	NN082
	마취	NN083
정신의학적재활요법		NN090
정신의학적응급처치		NN100
정신의학적 사회사업	개인력조사	NN111
	사회사업지도	NN112
	사회조사	NN113
	가정방문	NN114

[별표-상해및질병관련15] 급여 MRI, PET, CT 검사 분류표

약관에 규정하는 「급여 MRI, PET, CT 검사」로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 급여 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의료행위	급여항목
1. 일반 전산화단층영상진단(CT)	다-245
2. 자기공명영상진단(MRI)	다-246
3. 양전자방출단층촬영(PET)	다-339

주) 위 분류표에서 정하지 않은 Cone Beam 전산화단층영상진단(다-245-1)은 「급여 MRI, PET, CT 검사」에 해당하지 않습니다.

[별표-상해및질병관련16] 치매 CDR 척도검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 「치매 CDR 척도검사(급여)」로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제2장(검사료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목	수가코드
1. 치매척도검사(CDR)	F6222

[별표-상해및질병관련17] 알츠하이머치매 분류표

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매(G30.-†)	F00*
2. 알츠하이머병	G30

주) 1. 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다. 단, 보통약관 및 특별약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

4. 상기 알츠하이머 치매 분류표에 해당되지 않은 경우에도 미국 정신의학협회에서 정한 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판제4판(DSM-IV)에 의거하여 알츠하이머 치매진단을 받은 경우 보장됩니다.

약관에서 인용된 법·규정

※ 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (약관에서 인용한 법 · 규정은 2026년 1월 기준으로 작성되었습니다)

[법규1] 의료법
[법규2] 의료급여법 시행령
[법규3] 의료법 시행규칙
[법규4] 상법
[법규5] 상법 시행령
[법규6] 민법
[법규7] 전자서명법
[법규8] 소비자기본법
[법규9] 자동차관리법
[법규10] 자동차관리법 시행령
[법규11] 자동차관리법 시행규칙
[법규12] 자동차손해배상 보장법 시행령
[법규13] 도로교통법
[법규14] 자전거 이용 활성화에 관한 법률
[법규15] 여객자동차운수사업법 시행령
[법규16] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률
[법규17] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령
[법규18] 민사소송법
[법규19] 형법
[법규20] 폭력행위 등 처벌에 관한 법률
[법규21] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
[법규22] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령
[법규23] 건설기술 진흥법
[법규24] 고압가스 안전관리법
[법규25] 교통사고처리특례법
[법규26] 도시가스사업법
[법규27] 산업안전보건법
[법규28] 시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법
[법규29] 송유관 안전관리법
[법규30] 액화석유가스의 안전관리 및 사업법
[법규31] 위험물안전관리법
[법규32] 장기등 이식에 관한 법률
[법규33] 저수지·댐의 안전관리 및 재해예방에 관한 법률
[법규34] 전기공사업법
[법규35] 주택법
[법규36] 환경범죄 등의 단속 및 가중처벌에 관한 법률
[법규37] 지역보건법
[법규38] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법
[법규39] 약사법
[법규40] 고용보험법
[법규41] 응급의료에 관한 법률
[법규42] 응급의료에 관한 법률 시행규칙
[법규43] 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법
[법규44] 국민건강보험법
[법규45] 국민건강보험법 시행령
[법규46] 공직선거법
[법규47] 한의약 육성법
[법규48] 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률
[법규49] 공중위생관리법
[법규50] 도로법
[법규51] 식품위생법
[법규52] 아동복지법
[법규53] 영유아보육법
[법규54] 유통산업발전법
[법규55] 초·중등교육법
[법규56] 재난 및 안전관리 기본법

[법규57] 재난 및 안전관리 기본법 시행령
[법규58] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률
[법규59] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
[법규60] 정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률
[법규61] 전기통신사업법
[법규62] 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률
[법규63] 어린이놀이시설 안전관리법(약칭:어린이놀이시설법)
[법규64] 노인장기요양보험법
[법규65] 노인복지법
[법규66] 지방세특례제한법
[법규67] 산업재해보상보험법 시행규칙
[법규68] 장애인복지법 시행규칙
[법규69] 관공서의 공휴일에 관한 규정
[법규70] 개인정보 보호법
[법규71] 금융소비자 보호에 관한 법률
[법규72] 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령
[법규73] 금융소비자 보호에 관한 감독규정
[법규74] 변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙
[법규75] 민사소송 등 인지법
[법규76] 송달료규칙
[법규77] 송달료 규칙의 시행에 따른 업무처리요령
[법규78] 특허법
[법규79] 저작권법
[법규80] 상표법
[법규81] 실용신안법
[법규82] 지식재산 기본법
[법규83] 자본시장과 금융투자업에 관한 법률
[법규84] 노동조합 및 노동관계조정법에 관한 법률
[법규85] 집회 및 시위에 관한 법률
[법규86] 독점규제 및 공정거래에 관한 법률
[법규87] 증권관련 집단소송법
[법규88] 자동차손해배상 보장법
[법규89] 산업재해보상보험법
[법규90] 직업안정법

[법규1] 의료법

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009. 1. 30., 2011. 6. 7., 2016. 5. 29., 2019. 4. 23., 2020. 3. 4.>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009.1.30., 2010.1.18.>

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>

1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제3조의4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>

[본조신설 2009. 1. 30.]

제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)

① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.

② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.

④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.

⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

[본조신설 2015. 12. 29.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>

[법규2] 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. <개정 2003.12.30., 2005.7.5., 2013.12.11.>

1. 삭제 <2005.7.5.>
2. 삭제 <2005.7.5.>

② 삭제 <2005.7.5.>

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등 보건복지부령으로 정하는 경우 또는 항목에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. <개정 2025. 9. 30.>

1. 법 제15조제1항에 따라 의료급여가 제한되는 경우
2. 적정한 급여일수 관리가 필요한 경우
3. 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004.6.29.>

⑤ 제4항에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 다음 각 호의 구분에 따른 금액에 해당하는 경우에는 해당 호에서 정하는 금액을 기금에서 부담하고 이를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급해야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2025. 9. 30.>

1. 1종수급권자
   가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 2만원 초과 5만원 이하인 경우: 2만원 초과금액의 100분의 50
   나. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 5만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100
2. 2종수급권자
   가. 급여대상 본인부담금이 매 1개월간 20만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 50
   나. 가목에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 연간 80만원(「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원)을 초과하는 경우: 초과금액의 100분의 100

⑥ 삭제 <2025. 9. 30.>

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제5항 본문에 따라 기금에서 부담해야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급해야 한다. <신설 2004. 6. 29., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2025. 9. 30.>

[법규3] 의료법 시행규칙

제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

① 법 제4조의2제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원 환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.

1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

② 법 제4조의2제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.

③ 법 제4조의2제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.

1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

[본조신설 2016. 10. 6.]

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호 및 제14호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다. <개정 2024. 7. 24.>

[별표 3]의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련) <개정 2024. 7. 24>

1~11(생략), 12~20(생략)

시설	11의2. 탕전실
종합병원, 병원, 요양병원	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)
치과병원	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)
한방병원	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)
의원	
치과의원	
한의원	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)
조산원	

[별표4]의료기관의 시설규격 <개정 2024.10.25.>

1. (생략)
2. 중환자실

가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.

나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.

다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.

라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.

마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

[법규4] 상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991.12.31.>

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다. [본조신설 1991.12.31.]

제657조(보험사고발생의 통지의무)

① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

제682조(제3자에 대한 보험대위)

① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에 서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.

② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.

[전문개정 2014. 3. 11.]

[법규5] 상법 시행령

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

[본조신설 2018. 10. 30.]

[법규6] 민법

제27조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984.4.10.>

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각 호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌이내의 혈족
2. 4촌이내의 인척
3. 배우자

[전문개정 1990.1.13.]

[법규7] 전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.

7.~ 10. (생 략)

[법규8] 소비자기본법

제70조(단체소송의 대상 등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다. <개정 2016.3.29.>

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록한 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘단체
   가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
   나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
   다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두갖춘 단체
   가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
   나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
   다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
   라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것

[법규 9] 자동차관리법

제3조(자동차의 종류)

① 자동차는 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2011.5.24., 2013.3.23., 2019.8.27., 2020.6.9.>

1. 승용자동차: 10인 이하를 운송하기에 적합하게 제작된 자동차
2. 승합자동차: 11인 이상을 운송하기에 적합하게 제작된 자동차. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자동차는 승차인원에 관계없이 이를 승합자동차로 본다.
   가. 내부의 특수한 설비로 인하여 승차인원이 10인 이하로 된 자동차
   나. 국토교통부령으로 정하는 경형자동차로서 승차인원이 10인 이하인 전방조종자동차
   다. 삭제 <2019.8.27.>
3. 화물자동차: 화물을 운송하기에 적합한 화물적재공간을 갖추고, 화물적재공간의 총 적재화물의 무게가 운전자를 제외한 승객이 승차공간에 모두 탑승했을 때의 승객의 무게보다 많은 자동차
4. 특수자동차: 다른 자동차를 견인하거나 구난작업 또는 특수한 용도로 사용하기에 적합하게 제작된 자동차로서 승용자동차·승합자동차 또는 화물자동차가 아닌 자동차
5. 이륜자동차: 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차

② 제1항에 따른 구분의 세부기준은 자동차의 크기·구조, 원동기의 종류, 총배기량 또는 정격출력 등에 따라 국토교통부령으로 정한다. <신설 2011.5.24., 2013.3.23.>

③ 제1항에 따른 자동차의 종류는 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다. <개정 2011.5.24., 2013.3.23.>

[전문개정 2009. 2. 6.]

[법규10] 자동차관리법 시행령

제2조(적용이 제외되는 자동차)

「자동차관리법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호 단서에서 "대통령령으로 정하는 것"이

라 함은 다음 각호의 것을 말한다. <개정 2008.9.25., 2010.2.5., 2011.11.25.>

1. 「건설기계관리법」에 따른 건설기계
2. 「농업기계화 촉진법」에 따른 농업기계
3. 「군수품관리법」에 따른 차량
4. 궤도 또는 공중선에 의하여 운행되는 차량
5. 「의료기기법」에 따른 의료기기

[법규11] 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다. <개정 2015.7.7., 2017.1.6.>
[전문개정 2011. 12. 15.]

[법규12] 자동차손해배상 보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다. <개정 2014.2.5., 2021. 1. 15>

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
   가. 트럭지게차
   나. 도로보수트럭
   다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

[법규13] 도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2012.3.21., 2013.3.23., 2014.1.28., 2014.11.19. 2014.11.19., 2017.3.21., 2017.7.26., 2017.10.24., 2018. 3. 27., 2020. 5. 26., 2020. 6. 9., 2020.12.22., 2021.10.19., 2022.1.11., 2023.4.18., 2023.10.24.>

(생략)

17. "차마"란 다음 각 목의 차와 우마를 말한다.
   가. "차"란 다음의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
      1) 자동차
      2) 건설기계
      3) 원동기장치자전거
      4) 자전거
      5) 사람 또는 가축의 힘이나 그 밖의 동력(動力)으로 도로에서 운전되는 것. 다만, 철길이나 가설(架設)된 선을 이용하여 운전되는 것, 유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기, 제21호의3에 따른 실외이동로봇 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치는 제외한다.
   나. "우마"란 교통이나 운수(運輸)에 사용되는 가축을 말한다.

17의2. "노면전차"란 「도시철도법」 제2조제2호에 따른 노면전차로서 도로에서 궤도를 이용하여 운행되는 차를 말한다.

18. "자동차"란 철길이나 가설된 선을 이용하지 아니하고 원동기를 사용하여 운전되는 차(견인되는 자동차도 자동차의 일부로 본다)로서 다음 각 목의 차를 말한다.
   가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 다음의 자동차. 다만, 원동기장치자전거는 제외한다.
      1) 승용자동차
      2) 승합자동차
      3) 화물자동차
      4) 특수자동차
      5) 이륜자동차
   나. 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계

18의2. "자율주행시스템"이란 「자율주행자동차 상용화 촉진 및 지원에 관한 법률」 제2조제1항제2호에 따른 자율주행시스템을 말한다. 이 경우 그 종류는 완전 자율주행시스템, 부분 자율주행시스템 등 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 세분할 수 있다.

18의3. "자율주행자동차"란 「자동차관리법」 제2조제1호의3에 따른 자율주행자동차로서 자율주행시스템을 갖추고 있는 자동차를 말한다.

19. "원동기장치자전거"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 차를 말한다.
   가. 「자동차관리법」 제3조에 따른 이륜자동차 가운데 배기량 125시시 이하(전기를

동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
나. 그 밖에 배기량 125시시 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거 및 제21호의3에 따른 실외이동로봇은 제외한다)

19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

20. "자전거"란 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호 및 제1호의2에 따른 자전거 및 전기자전거를 말한다.

21. "자동차등"이란 자동차와 원동기장치자전거를 말한다.

21의2. "자전거등"이란 자전거와 개인형 이동장치를 말한다.

21의3. "실외이동로봇"이란 「지능형 로봇 개발 및 보급 촉진법」 제2조제1호에 따른 지능형 로봇 중 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.

22. ~ 33. (생 략).

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다. <개정 2020. 6. 9., 2020. 12. 22., 2021. 1. 12.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제50조의3, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2018. 3. 27., 2023. 10. 24.>

② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다. <개정 2014. 12. 30., 2018. 3. 27.>

③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.

④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03퍼센트 이상인 경우로 한다. <개정 2018. 12. 24.>

⑤ 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 "음주측정방해행위"라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다. <신설 2024. 12. 3.>

⑥ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <신설 2023. 1. 3., 2024. 12. 3.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

[시행일: 2025. 6. 4.] 제44조

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2018. 3. 27., 2020. 6. 9.>

[전문개정 2011. 6. 8.]

제54조(사고발생 시의 조치)

① 차 또는 노면전차의 운전 등 교통으로 인하여 사람을 사상하거나 물건을 손괴(이하 "교통사고"라 한다)한 경우에는 그 차 또는 노면전차의 운전자나 그 밖의 승무원(이하 "운전자등"이라 한다)은 즉시 정차하여 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. <개정 2014. 1. 28., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>

1. 사상자를 구호하는 등 필요한 조치
2. 피해자에게 인적 사항(성명·전화번호·주소 등을 말한다. 이하 제148조 및 제156조제10호에서 같다) 제공

② 제1항의 경우 그 차 또는 노면전차의 운전자등은 경찰공무원이 현장에 있을 때에는 그 경찰공무원에게, 경찰공무원이 현장에 없을 때에는 가장 가까운 국가경찰관서(지구대, 파출소 및 출장소를 포함한다. 이하 같다)에 다음 각 호의 사항을 지체 없이 신고하여야 한다. 다만, 차 또는 노면전차만 손괴된 것이 분명하고 도로에서의 위험방지와 원활한 소통을 위하여 필요한 조치를 한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 12. 2., 2018. 3. 27.>

1. 사고가 일어난 곳
2. 사상자 수 및 부상 정도
3. 손괴한 물건 및 손괴 정도
4. 그 밖의 조치사항 등

③ 제2항에 따라 신고를 받은 국가경찰관서의 경찰공무원은 부상자의 구호와 그 밖의 교통위험 방지를 위하여 필요하다고 인정하면 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)이 현장에 도착할 때까지 신고한 운전자등에게 현장에서 대기할 것을 명할 수 있다.

④ 경찰공무원은 교통사고를 낸 차 또는 노면전차의 운전자등에 대하여 그 현장에서 부상자의 구호와 교통안전을 위하여 필요한 지시를 명할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>
⑤ 긴급자동차, 부상자를 운반 중인 차, 우편물자동차 및 노면전차 등의 운전자는 긴급한 경우에는 동승자 등으로 하여금 제1항에 따른 조치나 제2항에 따른 신고를 하게 하고 운전을 계속할 수 있다. <개정 2018. 3. 27>
⑥ 경찰공무원(자치경찰공무원은 제외한다)은 교통사고가 발생한 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 필요한 조사를 하여야 한다.
[전문개정 2011. 6. 8.]

제151조(벌칙)

차 또는 노면전차의 운전자가 업무상 필요한 주의를 게을리하거나 중대한 과실로 다른 사람의 건조물이나 그 밖의 재물을 손괴한 경우에는 2년 이하의 금고나 500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2018.3.27.>
[전문개정 2011. 6. 8.]

[법규14] 자전거 이용 활성화에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2014. 11. 19., 2017. 3. 21., 2017. 7. 26.>

1. "자전거"란 사람의 힘으로 페달이나 손페달을 사용하여 움직이는 구동장치(驅動裝置)와 조향장치(操向裝置) 및 제동장치(制動裝置)가 있는 바퀴가 둘 이상인 차로서 행정안전부령으로 정하는 크기와 구조를 갖춘 것을 말한다.

1의2. "전기자전거"란 자전거로서 사람의 힘을 보충하기 위하여 전동기를 장착하고 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 것을 말한다.

가. 페달(손페달을 포함한다)과 전동기의 동시 동력으로 움직이며, 전동기만으로는 움직이지 아니할 것

나. 시속 25킬로미터 이상으로 움직일 경우 전동기가 작동하지 아니할 것

다. 부착된 장치의 무게를 포함한 자전거의 전체 중량이 30킬로그램 미만일 것

2. “자전거이용시설”이란 자전거도로, 자전거 주차장, 전기자전거 충전소와 그 밖에 자전거의 이용과 관련되는 시설로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
3. “자전거이용시설의 정비”란 자전거이용시설의 개설·확장 및 포장(鋪裝)과 유지·관리를 말한다.
4. “도로관리청”이란 「도로법」에 따른 도로 관리청과 「농어촌도로 정비법」에 따라 농어촌도로의 정비를 담당하는 지방자치단체의 장, 제7조에 따른 자전거도로의 노선을 지정·고시한 지방자치단체의 장 및 중앙행정기관의 장을 말한다.

[전문개정 2014. 1. 28.]

[법규15] 여객자동차운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운송사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운송사업과 구역 여객자동차운송사업은 다음 각 호와 같이 세분한다. <개정 2008. 11. 26., 2009. 11. 27., 2011. 12. 8., 2011. 12. 30., 2012. 11. 23., 2013. 3. 23., 2015. 1. 28., 2016. 1. 6., 2016. 1. 22., 2019. 2. 12., 2021. 4. 6., 2023. 10. 10. , 2024. 12. 31.>

1. 노선 여객자동차운송사업

가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업

1) 삭제 <2024. 12. 31.>
2) 삭제 <2024. 12. 31.>

3) 삭제 <2024. 12. 31.>

나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업

다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.

[법규16] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 21.>

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상임을 담보하는 보험을 말한다.
3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·흥행장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 면적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.
4. "소방시설"이란 「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 소방시설등, 「건축법」 제49조에 따른 피난시설, 그 밖에 소방 관련 시설로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.

[전문개정 2011. 5. 19.]

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임)

① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이 있는 경우에도 또한 같다. <개정 2017.4.18.>

② 특수건물 소유자의 손해배상책임에 관하여는 이 법에서 규정하는 것 외에는 「민법」에 따른다.

[전문개정 2011.5.19.]

제16조(안전점검)

① 협회는 보험계약을 체결할 때 또는 보험계약을 갱신할 때마다 해당 특수건물의 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 특수건물에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 일정 기간 안전점검을 하지 아니할 수 있다. <개정 2019. 1. 15., 2023. 3. 21.>

1. 안전점검 결과 총리령으로 정하는 화재위험도지수(「보험업법」 제176조에 따른 보험요율 산출기관이 정한 화재위험도지수를 말한다)가 낮은 특수건물
2. 「고압가스 안전관리법」 제13조의2제1항에 따라 안전성향상계획을 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물
3. 「산업안전보건법」 제44조제1항에 따라 공정안전보고서를 작성하는 건물로서 총리령으로 정하는 위험도가 낮은 특수건물

② 협회는 필요하다고 인정할 때에는 특약부화재보험에 가입한 특수건물에 대하여 화재예방 및 소방시설의 안전점검을 할 수 있다. 이 경우 제1항 단서를 준용한다. <개정 2023. 3. 21.>

③ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시함에 있어 총리령으로 정하는 서식을 활용하여야 한다. <신설 2023. 3. 21.>

④ 특수건물의 소유자는 정당한 이유가 없으면 제1항과 제2항에 따른 안전점검에 응하여야 한다. <개정 2023. 3. 21.>

⑤ 특수건물의 소유자가 제1항이나 제2항에 따른 안전점검에 응하지 아니하면 협회는 소방관서의 장에게 그에 대한 안전점검을 요청할 수 있다. <개정 2023. 3. 21.>

⑥ 협회는 제1항과 제2항에 따른 안전점검을 할 때에 어떠한 명목의 비용도 받을 수 없다. <개정 2023. 3. 21.>

⑦ 협회는 제1항 및 제2항에 따른 안전점검을 실시한 경우 그 점검결과를 총리령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장 및 소방관서의 장에게 통보하여야 한다. 이 경우 제17조에 따른 개선 요청이 있는 경우에는 이를 포함하여 통보하여야 한다. <신설 2023. 3. 21.>

⑧ 제1항과 제2항에 따른 안전점검 및 제7항에 따른 통보 등에 관하여 필요한 세부사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2023. 3. 21.>

[전문개정 2011. 5. 19.]

[법규17] 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제1조(목적)

이 영은 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 2010.12.7., 2017.10.17.>

제2조(특수건물)

①「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다. <개정 1997. 6. 13., 1998. 4. 1., 1999. 5. 24., 2001. 7. 7., 2002. 12. 5., 2003. 6. 30., 2003. 11. 29., 2008. 2. 29., 2009. 7. 27., 2009. 8. 6., 2010. 12. 7., 2012. 1. 31., 2014. 7. 7., 2016. 8. 11., 2017. 10. 17., 2020. 12. 1., 2021. 12. 30., 2023. 8. 22>

1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.

1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.

2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

9. 「농수산물 유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업
나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업
라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업
마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업
바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업
사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업
아. 「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영업

11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 건물을 제외한다.

12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.

13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물

14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용도로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.

15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물

17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방

재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.

18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물

②제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다. <개정 1974. 12. 31., 1991. 9. 3., 1997. 6. 13., 2002. 12. 5., 2017. 10. 17.>

[법규18] 민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제266조(소의 취하)

① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.

② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.

③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.

④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.

⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서 등본을 송달하여야 한다.

⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.

② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명한 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우, 또는 항소장의 부본을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 수 있다. <개정 2014.12.30.>

② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.

③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

[제목개정 2014.12.30.]

제412조(반소의 제기)

① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경

우에 제기할 수 있다.
② 상대방이 이의를 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)
상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.

[법규19] 형법

제13장 방화와 실화의 죄

제170조(실화)
① 과실로 제164조 또는 제165조에 기재한 물건 또는 타인 소유인 제166조에 기재한 물건을 불태운 자는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.
② 과실로 자기 소유인 제166조의 물건 또는 제167조에 기재한 물건을 불태워 공공의 위험을 발생하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제171조(업무상실화, 중실화)
업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 제170조의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)
① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제251조(영아살해) 삭제 <2023. 8. 8.>

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)
① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.
[전문개정 2020. 12. 8.]

제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)
제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.
[전문개정 2023. 8. 8.]

제255조(예비, 음모)
제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)
제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 상해와 폭행의 죄

제257조(상해, 존속상해)
① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년이하의 징역에 처한다. <개정 2016.1.6.>

제258조의2(특수상해)
① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.
② 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.
③ 제1항의 미수범은 처벌한다.
[본조신설 2016.1.6.]

제259조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류

또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제262조(폭행치사상)

제260조와 제261조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제257조부터 제259조까지의 예에 따른다.

[전문개정 2020. 12. 8.]

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016.1.6.>

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격 정지를 병과할 수 있다. <개정 2016.1.6.>

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다. <개정 1995.12.29.>

② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. <개정 1995.12.29.>

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[전문개정 2020. 12. 8.]

제30장 협박의 죄

제284조(특수협박)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 전조제1항, 제2항의 죄를 범한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다. <개정 2012.12.18.>

제297조의2(유사 강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

[본조신설 2012.12.18.]

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제299조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다. <개정 2012.12.18.>

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다. <개정 2012.12.18.>

제301조(강간등 상해·치상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012.12.18.>

[전문개정 1995.12.29.]

제301조의2(강간등 살인·치사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012.12.18.>

[본조신설 1995.12.29.]

제302조(미성년자에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2018.10.16.>

② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. <개정 2012.12.18., 2018.10.16.>

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <개정 1995.12.29., 2012.12.18., 2020.5.19.>

② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다. <신설 2020. 5. 19.>

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2012.12.18.>

[본조신설 2010.4.15.]

제38장 절도와 강도의 죄

제332조(상습범)

상습으로 제329조 내지 제331조의2의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 1995.12.29.>

제333조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제334조(특수강도)

① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제333조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>

② 흉기를 휴대하거나 2인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제335조(준강도)

절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제333조 및 제334조의 예에 따른다.

[전문개정 2020. 12. 8.]

제336조(인질강도)

사람을 체포·감금·약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제3자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

[전문개정 1995.12.29.]

제337조(강도상해, 치상)

강도가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>

제338조(강도살인·치사)

강도가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

[전문개정 1995.12.29.]

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. <개정 2012.12.18.>

제340조(해상강도)

① 다중의 위력으로 해상에서 선박을 강취하거나 선박내에 침입하여 타인의 재물을 강취한 자는 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

② 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다. <개정 1995.12.29.>

③ 제1항의 죄를 범한 자가 사람을 살해 또는 사망에 이르게 하거나 강간한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. <개정 1995.12.29., 2012.12.18.>

제341조(상습범)

상습으로 제333조, 제334조, 제336조 또는 전조제1항의 죄를 범한 자는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제342조(미수범)

제329조 내지 제341조의 미수범은 처벌한다.

[전문개정 1995.12.29.]

제343조(예비, 음모)

강도할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 7년 이하의 징역에 처한다.

제344조(친족간의 범행)

제328조의 규정은 제329조 내지 제332조의 죄 또는 미수범에 준용한다.

제345조(자격정지의 병과)

본장의 죄를 범하여 유기징역에 처할 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제346조(동력)

본장의 죄에 있어서 관리할 수 있는 동력은 재물로 간주한다.

제42장 손괴의 죄

제369조(특수손괴)

① 단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제366조의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>
② 제1항의 방법으로 제367조의 죄를 범한 때에는 1년 이상의 유기징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 1995.12.29.>

[법규20] 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제4조(단체 등의 구성·활동)

① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입 하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.
1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역

② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2016. 1. 6.>
1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄
   가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄
   나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄
   다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄
   라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄
2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속 유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다. [전문개정 2014.12.30.]

[법규21] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공. 활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015.3.11.,2018.12.11.,2020.6.9>
1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020.2.4.>

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통

령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>

⑥신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015.3.11., 2020.2.4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011.5.19., 2015.3.11.>

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015.3.11.>

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015.3.11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015.3.11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한

다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)

4. 제32조제6항 각 호의 경우

5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[전문개정 2020. 2. 4.]

제35조 (신용정보 이용 및 제공사실의 조회)

① 신용정보회사등은 개인신용정보를 이용하거나 제공한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 신용정보주체가 조회할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 개인신용정보를 이용한 경우: 이용 주체, 이용 목적, 이용 날짜, 이용한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

2. 개인신용정보를 제공한 경우: 제공 주체, 제공받은 자, 제공 목적, 제공한 날짜, 제공한 신용정보의 내용, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

제36조 (상거래 거절 근거 신용정보의 고지 등)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사(기업정보조회업무만 하는 기업신용조회회사는 제외한다) 및 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보로서 대통령령으로 정하는 정보에 근거하여 상대방과의 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 신용정보주체의 요구가 있으면 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보 등 대통령령으로 정하는 사항을 본인에게 고지하여야 한다.

제37조(개인신용정보 제공 동의 철회권 등)

① 개인인 신용정보주체는 제32조제1항 각 호의 방식으로 동의를 받은 신용정보제공·이용자에게 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 외의 목적으로 행한 개인신용정보 제공 동의를 대통령령으로 정하는 바에 따라 철회할 수 있다. 다만, 동의를 받은 신용정보제공·이용자 외의 신용정보제공·이용자에게 해당 개인신용정보를 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역의 제공을 하지 못하게 되는 등 계약 이행이 어려워지거나 제33조제1항제1호에 따른 목적을 달성할 수 없는 경우에는 고객이 동의를 철회하려면 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 개인인 신용정보주체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 신용정보제공·이용자에 대하여 상품이나 용역을 소개하거나 구매를 권유할 목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있다.

제38조(신용정보의 열람 및 정정청구 등)

① 신용정보주체는 신용정보회사등에 본인의 신분을 나타내는 증표를 내보이거나 전화, 인터넷 홈페이지의 이용 등 대통령령으로 정하는 방법으로 본인임을 확인받아 신용정보회사등이 가지고 있는 신용정보주체 본인에 관한 신용정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보의 교부 또는 열람을 청구할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

② 제1항에 따라 자신의 신용정보를 열람한 신용정보주체는 본인 신용정보가 사실과 다른 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 정정을 청구할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

③ 제2항에 따라 정정청구를 받은 신용정보회사등은 정정청구에 정당한 사유가 있다고 인정하면 지체 없이 해당 신용정보의 제공·이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 사실과 다르거나 확인할 수 없는 신용정보는 삭제하거나 정정하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 제3항에 따라 신용정보를 삭제하거나 정정한 신용정보회사등은 해당 신용정보를 최근 6개월 이내에 제공받은 자와 해당 신용정보주체가 요구하는 자에게 해당 신용정보에서 삭제하거나 정정한 내용을 알려야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

⑤ 신용정보회사등은 제3항 및 제4항에 따른 처리결과를 7일 이내에 해당 신용정보주체에게 알려야 하며, 해당 신용정보주체는 처리결과에 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있다. 다만, 개인신용정보에 대한 제45조의3제1항에 따른 상거래기업 및 법인의 처리에 대하여 이의가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 「개인정보 보호법」에 따른 개인정보 보호위원회(이하 "보호위원회"라 한다)에 그 시정을 요청할 수 있다.

제39조(무료 열람권)

개인인 신용정보주체는 1년 이내로서 대통령령으로 정하는 일정한 기간마다 개인신용평가회사(대통령령으로 정하는 개인신용평가회사는 제외한다)에 대하여 다음 각 호의 신용정보를 1회 이상 무료로 교부받거나 열람할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 개인신용평점

2. 개인신용평점의 산출에 이용된 개인신용정보

3. 그 밖에 제1호 및 제2호에서 정한 정보와 유사한 정보로서 대통령령으로 정하는 신용정보

[법규22] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조 (개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 삭제 <2015.9.11. >

② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2015.9.11.,2020.8.4.>

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받은 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다. <개정 2015.9.11.>

④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다. <신설 2015.9.11.>

⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용하여야 한다. <개정 2015.9.11.,2020.8.4>

1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
   가. 신용정보제공·이용자
   나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
   다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다. <개정 2020.8.4.>

1. 개인신용정보를 제공하는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공받는 개인신용정보의 항목
4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검하여야 한다. <개정 2015.9.11., 2020.8.4.>

⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여야 한다. <신설 2015.9.11., 2020.8.4.>

1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부

⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 하여야 한다. <개정 2015.9.11., 2020.8.4.>

⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "재권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다. <개정 2011.8.17., 2015.9.11., 2017.1.10., 2020.8.4.>

1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않은 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사 및 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제9항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
   가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
   나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
7. 삭제 <2020. 8. 4.>

⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다. <개정 2020. 8. 4.>

1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사기 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다. <신설 2015.9.11.>

⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제2조제6항제7호가목부터 허목까지의 자를 말한다. <개정 2011. 8. 17., 2015. 9. 11., 2020. 8. 4. 2022.6.7.>

⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다. <개정 2011.8.17., 2015.9.11.>

[법규23] 건설기술 진흥법

제85조(벌칙)

① 제28조 제1항을 위반하여 「건설산업기본법」 제28조에 따른 하자담보책임기간까지의 기간에 다리, 터널, 철도, 그 밖에 대통령령으로 정하는 시설물의 구조에서 주요 부분에 중대한 손괴(損壞)를 일으켜 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. <개정 2018.12. 31.>

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 위험하게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

제86조(벌칙)

① 업무상 과실로 제85조제1항의 죄를 범하여 사람을 다치거나 죽음에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

② 업무상 과실로 제85조제2항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

[법규24] 고압가스 안전관리법

제38조(벌칙)

① (생략)

② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 고압가스 시설을 손괴한 자는 2년 이하의 금고(禁錮) 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제2항의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해(傷害)에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. 사망에 이르게 하면 10년 이하의 금고 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2009.5.21.>

④ 제1항의 미수범은 처벌한다.
[전문개정 2007.12.21.]

[법규25] 교통사고처리특례법

제3조(처벌의 특례)

① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니하거나(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다), 「도로교통법」 제44조제5항을 위반하여 음주측정방해행위를 한 경우와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 1. 27., 2016. 12. 2., 2025. 1. 7>

1. 「도로교통법」 제5조에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
2. 「도로교통법」 제13조제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
3. 「도로교통법」 제17조제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
4. 「도로교통법」 제21조제1항, 제22조, 제23조에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
5. 「도로교통법」 제24조에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
6. 「도로교통법」 제27조제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
7. 「도로교통법」 제43조, 「건설기계관리법」 제26조 또는 「도로교통법」 제96조를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니하고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 아니하거나 국제운전면허증을 소지하지 아니한 것으로 본다.
8. 「도로교통법」 제44조제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
9. 「도로교통법」 제13조제1항을 위반하여 보도(步道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
10. 「도로교통법」 제39조제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
11. 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
12. 「도로교통법」 제39조제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

[전문개정 2011.4.12.]

[법규26] 도시가스사업법

제48조(벌칙)

① ~ ⑧ (생략)

⑨ 제5항부터 제8항까지의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해에 이르게 한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에, 사망에 이르게 한 경우에는 1년 이상 10년 이하의 금고 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2014.12.30.>

⑩ ~ ⑬ (생략)

[법규27] 산업안전보건법

제167조(벌칙)

① 제38조제1항부터 제3항까지(제166조의2에서 준용하는 경우를 포함한다), 제39조제1항(제166조의2에서 준용하는 경우를 포함한다) 또는 제63조(제166조의2에서 준용하는 경우를 포함한다)를 위반하여 근로자를 사망에 이르게 한 자는 7년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2020. 3. 31.>

② 제1항의 죄로 형을 선고받고 그 형이 확정된 후 5년 이내에 다시 제1항의 죄를 저지

른 자는 그 형의 2분의 1까지 가중한다. <개정 2020. 5. 26.>

[법규28] 시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법

제64조(벌칙)

① 업무상 과실로 제63조제1항 각 호의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 업무상 과실로 제63조제2항의 죄를 범한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다

[법규29] 송유관 안전관리법

제13조(벌칙)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이상 10년 이하의 징역 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처하거나 이를 병과(倂科)할 수 있다.

1. 송유관을 손괴 또는 제거하거나 송유관의 기능에 장애를 일으켜 석유의 원활한 수송을 방해한 자
2. 송유관에 석유를 절취하기 위한 시설을 설치한 자

② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 제1항제1호의 죄를 범한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 송유관설치자등의 승낙 없이 송유관을 조작함으로써 석유의 원활한 수송을 방해한 자는 3년 이상 10년 이하의 징역 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처하거나 이를 병과할 수 있다.

④ 제1항 또는 제3항을 위반하여 타인을 죽거나 다치게 한 자는 5년 이상의 유기징역에 처한다.

⑤ 제2항의 죄를 범하여 타인을 죽거나 다치게 한 때에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

⑥ 제1항 및 제3항에 따른 미수범은 처벌한다.

[전문개정 2008.3.28.]

[법규30] 액화석유가스의 안전관리 및 사업법

제65조(벌칙)

① 액화석유가스 집단공급사업자의 가스시설을 손괴(損壞)하거나 그 기능에 장애를 가져오게 하여 액화석유가스의 공급을 방해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 액화석유가스 충전시설을 손괴하거나 그 기능에 장애를 입혀 액화석유가스 공급을 방해한 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <신설 2019. 8. 20>

③ 제40조제5항을 위반하여 가스용품을 개조하여 판매하거나 판매할 목적으로 개조한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2019. 8. 20>

④ 업무상 과실이나 중대한 과실로 제1항의 죄를 범한 자는 7년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2019. 8. 20.>

⑤ 업무상 과실이나 중대한 과실로 제2항의 죄를 범한 자는 2년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. <신설 2019. 8. 20.>

⑥ 제4항 및 제5항의 죄를 범하여 가스를 누출시키거나 폭발하게 함으로써 사람을 상해(傷害)한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에, 사망에 이르게 한 경우에는 1년 이상 10년 이하의 금고 또는 1억 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2019. 8. 20.>

⑦ ~ ⑩ (생략)

[법규31] 위험물안전관리법

제34조(벌칙)

① 업무상 과실로 제33조제1항의 죄를 범한 자는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2016.1.27., 2023.1.3.>

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 사상(死傷)에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 금고나 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2016.1.27.>

[법규32] 장기등 이식에 관한 법률

제25조(장기이식의료기관)

① 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하려는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장기이식의료기관(이하 "이식의료기관"이라 한다)으로 지정받아야 한다.

② 이식의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 대통령령으로 정하는 시설·장비·인력 등을 갖추어야한다.

③ 이식의료기관이 아니면 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식할 수 없다. 다만, 이식의료기관이 아닌 의료기관에서도 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖춘 경우에는 장기 등을 적출할 수 있다.

제47조(벌칙)

① 제18조제1항에 따른 전문의사 또는 진료담당의사가 업무상 과실로 뇌사조사서를 사실과 다르게 작성하여 뇌사자가 아닌 사람에게 뇌사판정을 하게 한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017.10.24.>

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 경우에는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017.10.24.>

③ 제1항의 죄를 범하여 사람을 사망에 이르게 한 경우에는 10년 이하의 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017.10.24.>

[법규33] 저수지·댐의 안전관리 및 재해예방에 관한 법률

제30조(벌칙)

① 제3조에 따른 저수지·댐의 보수·보강 등 필요한 조치를 하지 아니하거나 성실하게 조치를 하지 아니함으로써 저수지·댐에 중대한 손괴를 야기하여 공공의 안전에 위험을 발생하게 한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 상해에 이르게 한 자는 1년 이상의 징역에 처하고, 사망에 이르게 한자는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.

③ 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제1항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

④ 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제1항의 죄를 범하여 사람을 사상(死傷)에 이르게 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

[법규34] 전기공사업법

제41조(벌칙)

① 업무상 과실(過失)로 제40조제1항의 죄를 범한 자는 3년 이하의 금고 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 업무상 과실로 제40조제1항의 죄를 범하여 사람을 상해(傷害)에 이르게 한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처하며, 사망에 이르게 한 경우에는 7년 이하의 금고 또는 7천만원 이하의 벌금에 처한다.

[전문개정 2008.12.26.]

[법규35] 주택법

제98조(벌칙)

① 제33조, 제43조, 제44조(같은 조 제1항제4호의2는 제외한다), 제46조 또는 제70조를 위반하여 설계·시공 또는 감리를 함으로써 「공동주택관리법」 제36조제3항에 따른 담보책임기간에 공동주택의 내력구조부에 중대한 하자를 발생시켜 일반인을 위험에 처하게 한 설계자·시공자·감리자·건축구조기술사 또는 사업주체는 10년 이하의 징역에 처한다. <개정 2017. 4. 18., 2024. 1. 16.>

② 제1항의 죄를 범하여 사람을 죽음에 이르게 하거나 다치게 한 자는 무기징역 또는 3년 이상의 징역에 처한다.

제99조(벌칙)

① 업무상 과실로 제98조제1항의 죄를 범한 자는 5년 이하의 징역이나 금고 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 업무상 과실로 제98조제2항의 죄를 범한 자는 10년 이하의 징역이나 금고 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다.

[법규36] 환경범죄 등의 단속 및 가중처벌에 관한 법률

제5조(과실범)

① 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제3조제1항의 죄를 범한 자는 7년 이하의 징역 또는 1억원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2015.2.3.>

② 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제3조제2항 또는 제4조제3항의 죄를 범한 자는 10년 이하의 징역 또는 1억5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2015.2.3.>

③ 업무상 과실 또는 중대한 과실로 제3조제3항의 죄를 범한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2015.2.3.>

[법규37] 지역보건법

제10조(보건소의 설치)

① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.<개정 2021. 8. 17.>

② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의

조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

[법규38] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[전문개정 2012.10.22.]

[법규39] 약사법

제2조(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.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
   가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
   나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
   다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제4호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.
   가. 사람이나 동물의 질병을 치료·경감(輕減)·처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유·고무제품 또는 이와 유사한 것
   나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것
   다. 감염병 예방을 위하여 살균·살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제
8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질을 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품을 말한다.
9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품을 말한다.
   가. 오용·남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품
   나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품
   다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품
10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의약품을 말한다.
11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병

을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.

12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
   가. 의약품의 명칭, 용법·용량, 효능·효과, 저장 방법, 부작용, 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것
   나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것
13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포장을 말한다.
14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매품목 허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매하는 영업을 말한다.
15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다. 다만, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 첨단재생의료 임상연구는 제외한다.
16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에 관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은 조건에서 동물·식물·미생물과 물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.
17. "생물학적 동등성시험"이란 임상시험 중 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체시험으로서 동일 주성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
18. "희귀의약품"이란 제4호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
   가. 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품
   나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한 의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
19. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다

[법규40] 고용보험법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008. 12. 31., 2010. 1. 27., 2010. 6. 4., 2011. 7. 21., 2020. 5. 26., 2021. 1. 5>

1. "피보험자"란 다음 각 목에 해당하는 사람을 말한다.
   가. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 "고용산재보험료징수법"이라 한다) 제5조제1항·제2항, 제6조제1항, 제8조제1항·제2항, 제48조의2제1항 및 제48조의3제1항에 따라 보험에 가입되거나 가입된 것으로 보는 근로자, 예술인 또는 노무제공자
   나. 고용산재보험료징수법 제49조의2제1항·제2항에 따라 고용보험에 가입하거나 가입된 것으로 보는 자영업자(이하 "자영업자인 피보험자"라 한다)
2. "이직(離職)"이란 피보험자와 사업주 사이의 고용관계가 끝나게 되는 것(제77조의2제1항에 따른 예술인 및 제77조의6제1항에 따른 노무제공자의 경우에는 문화예술용역 관련 계약 또는 노무제공계약이 끝나는 것을 말한다)을 말한다.
3. "실업"이란 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업하지 못한 상태에 있는 것을 말한다.
4. "실업의 인정"이란 직업안정기관의 장이 제43조에 따른 수급자격자가 실업한 상태에서 적극적으로 직업을 구하기 위하여 노력하고 있다고 인정하는 것을 말한다.
5. "보수"란 「소득세법」 제20조에 따른 근로소득에서 대통령령으로 정하는 금품을 뺀 금액을 말한다. 다만, 휴직이나 그 밖에 이와 비슷한 상태에 있는 기간 중에 사업주 외의 자로부터 지급받는 금품 중 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금품은 보수로 본다.
6. "일용근로자"란 1개월 미만 동안 고용되는 사람을 말한다.

제40조(구직급여의 수급 요건)

① 구직급여는 이직한 근로자인 피보험자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에 지급한다. 다만, 제5호와 제6호는 최종 이직 당시 일용근로자였던 사람만 해당한다. <개정 2019. 1. 15., 2019. 8. 27., 2020. 5. 26., 2021. 1. 5., 2022. 12. 31., 2025. 10. 1>

1. 제2항에 따른 기준기간(이하 "기준기간"이라 한다) 동안의 피보험 단위기간(제41조에 따른 피보험 단위기간을 말한다. 이하 같다)이 합산하여 180일 이상일 것
2. 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업(영리를 목적으로 사업을 영위하는 경우를 포함한다. 이하 이 장 및 제5장에서 같다)하지 못한 상태에 있을 것
3. 이직사유가 제58조에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하지 아니할 것
4. 재취업을 위한 노력을 적극적으로 할 것
5. 다음 각 목의 어느 하나에 해당할 것
   가. 제43조에 따른 수급자격 인정신청일이 속한 달의 직전 달 초일부터 수급자격 인정신청일까지의 근로일 수의 합이 같은 기간 동안의 총 일수의 3분의 1 미만일

것

나. 건설일용근로자(일용근로자로서 이직 당시에 「통계법」 제22조제1항에 따라 국가데이터처장이 고시하는 한국표준산업분류의 대분류상 건설업에 종사한 사람을 말한다. 이하 같다)로서 수급자격 인정신청일 이전 14일간 연속하여 근로내역이 없을 것

6. 최종 이직 당시의 기준기간 동안의 피보험 단위기간 중 다른 사업에서 제58조에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하는 사유로 이직한 사실이 있는 경우에는 그 피보험 단위기간 중 90일 이상을 일용근로자로 근로하였을 것

② 기준기간은 이직일 이전 18개월로 하되, 근로자인 피보험자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른 기간을 기준기간으로 한다. <개정 2019. 8. 27., 2021. 1. 5.>

1. 이직일 이전 18개월 동안에 질병·부상, 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 계속하여 30일 이상 보수의 지급을 받을 수 없었던 경우: 18개월에 그 사유로 보수를 지급받을 수 없었던 일수를 가산한 기간(3년을 초과할 때에는 3년으로 한다)
2. 다음 각 목의 요건에 모두 해당하는 경우: 이직일 이전 24개월

가. 이직 당시 1주 소정근로시간이 15시간 미만이고, 1주 소정근로일수가 2일 이하인 근로자로 근로하였을 것

나. 이직일 이전 24개월 동안의 피보험 단위기간 중 90일 이상을 가목의 요건에 해당하는 근로자로 근로하였을 것

제51조(훈련연장급여)

① 직업안정기관의 장은 수급자격자의 연령·경력 등을 고려할 때 재취업을 위하여 직업능력개발 훈련 등이 필요하면 그 수급자격자에게 직업능력개발 훈련 등을 받도록 지시할 수 있다.

② 직업안정기관의 장은 제1항에 따라 직업능력개발 훈련 등을 받도록 지시한 경우에는 수급자격자가 그 직업능력개발 훈련 등을 받는 기간 중 실업의 인정을 받은 날에 대하여는 소정급여일수를 초과하여 구직급여를 연장하여 지급할 수 있다. 이 경우 연장하여 지급하는 구직급여(이하 "훈련연장급여"라 한다)의 지급 기간은 대통령령으로 정하는 기간을 한도로 한다.

③ 제1항에 따른 훈련대상자·훈련 과정, 그 밖의 필요한 사항은 고용노동부령으로 정한다. <개정 2010.6.4.>

제52조(개별연장급여)

① 직업안정기관의 장은 취업이 특히 곤란하고 생활이 어려운 수급자격자로서 대통령령으로 정하는 사람에게는 그가 실업의 인정을 받은 날에 대하여 소정급여일수를 초과하여 구직급여를 연장하여 지급할 수 있다. <개정 2020. 5. 26.>

② 제1항에 따라 연장하여 지급하는 구직급여(이하 "개별연장급여"라 한다)는 60일의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 동안 지급한다.

제53조(특별연장급여)

① 고용노동부장관은 실업의 급증 등 대통령령으로 정하는 사유가 발생한 경우에는 60일의 범위에서 수급자격자가 실업의 인정을 받은 날에 대하여 소정급여일수를 초과하여 구직급여를 연장하여 지급할 수 있다. 다만, 이직 후의 생활안정을 위한 일정 기준 이상의 소득이 있는 수급자격자 등 고용노동부령으로 정하는 수급자격자에 대하여는 그러하지 아니하다. <개정 2010.6.4.>

② 고용노동부장관은 제1항 본문에 따라 연장하여 지급하는 구직급여(이하 "특별연장급여"라 한다)를 지급하려면 기간을 정하여 실시하여야 한다. <개정 2010.6.4.>

제69조의3(구직급여의 수급 요건)

구직급여는 폐업한 자영업자인 피보험자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우에 지급한다. <개정 2020. 5. 26.>

1. 폐업일 이전 24개월간 제41조제1항 단서에 따라 자영업자인 피보험자로서 갖춘 피보험 단위기간이 합산하여 1년 이상일 것
2. 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업을 하지 못한 상태에 있을 것
3. 폐업사유가 제69조의7에 따른 수급자격의 제한 사유에 해당하지 아니할 것
4. 재취업을 위한 노력을 적극적으로 할 것

[본조신설 2011. 7. 21.]

[법규41] 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015.1.28., 2021.12.21.>

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생 할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위

에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운용자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

[전문개정 2011.8.4.]

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다. <개정 2020. 12. 29., 2021. 12. 21.>

② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다. <신설 2020.12.29.>

[전문개정 2011.8.4.]

[법규42] 응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다. <개정 2008.3.3., 2008.6.13., 2010.3.19.>

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1]응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상
   - 가. 신경학적 응급증상: 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
   - 나. 심혈관계 응급증상: 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
   - 다. 중독 및 대사장애: 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
   - 라. 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상
   - 마. 출혈: 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
   - 바. 안과적 응급증상: 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
   - 사. 알러지: 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
   - 아. 소아과적 응급증상: 소아경련성 장애
   - 자. 정신과적 응급증상: 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
2. 응급증상에 준하는 증상
   - 가. 신경학적 응급증상: 의식장애, 현훈
   - 나. 심혈관계 응급증상: 호흡곤란, 과호흡
   - 다. 외과적 응급증상: 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
   - 라. 출혈: 혈관손상
   - 마. 소아과적 응급증상: 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
   - 바. 산부인과적 응급증상: 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
   - 사. 이물에 의한 응급증상: 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

[법규43] 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법

제7조(관련 행정기관의 통보사항)

① 다른 법률에 따라 다중이용업의 허가·인가·등록·신고수리(이하 "허가등"이라 한다)를 하는 행정기관(이하 "허가관청"이라 한다)은 허가등을 한 날부터 14일 이내에 행정안전부령으로 정하는 바에 따라 다중이용업소의 소재지를 관할하는 소방본부장 또는 소방서장에게 다음 각 호의 사항을 통보하여야 한다. <개정 2013.3.23., 2014.11.19., 2017.7.26.>

1. 다중이용업주의 성명 및 주소
2. 다중이용업소의 상호 및 주소

3. 다중이용업의 업종 및 영업장 면적

② 허가관청은 다중이용업주가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때에는 그 신고를 수리(受理)한 날부터 30일 이내에 소방본부장 또는 소방서장에게 통보하여야 한다. <개정 2015.1.20.>

1. 휴업·폐업 또는 휴업 후 영업의 재개(再開)
2. 영업 내용의 변경
3. 다중이용업주의 변경 또는 다중이용업주 주소의 변경
4. 다중이용업소 상호 또는 주소의 변경

③ 소방청장, 소방본부장 또는 소방서장은 다중이용업주의 휴업·폐업 또는 사업자등록 말소 사실을 확인하기 위하여 필요한 경우에는 사업자등록번호를 기재하여 관할 세무관서의 장에게 다음 각 호의 사항에 대한 과세정보 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 세무관서의 장은 정당한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다. <신설 2021. 1. 5.>

1. 대표자 성명 및 주민등록번호, 사업장 소재지
2. 휴업·폐업한 사업자의 성명 및 주민등록번호, 휴업일·폐업일

[전문개정 2011.5.30.]

[법규44] 국민건강보험법

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하"요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <신설 2016.2.3.>

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016.2.3.>

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하"비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다. <개정 2016.2.3.>

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018.3.27.>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리할 수 있다. <개정 2016.2.3.>

⑤ 제1항 제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

[법규45] 국민건강보험법 시행령

[별표 3] <개정 2024. 8. 20.>

본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인

별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2024년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	138만원	87만원
	2구간	174만원	108만원
	3구간	235만원	167만원
	4구간	388만원	313만원
	5구간	557만원	428만원
	6구간	669만원	514만원
	7구간	1,050만원	808만원

비고: 위 표에서 “120일 초과 입원”이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2025년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액=전년도 본인부담상한액×(1+전국소비자물가변동률)

비고

1. 위 계산식에서 “본인부담상한액”이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
2. 위 계산식에서 “전국소비자물가변동률”이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.

2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

[법규46] 공직선거법

제222조(선거소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 선거의 효력에 관하여 이의가 있는 선거인·정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 선거일부터 30일 이내에 당해 선거구선거관리위원회위원장을 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다.

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 선거의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인(당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하결정이 있는 경우(제220조 제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 해당 선거구선거관리위원회 위원장을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조 제1항의 기간 내

에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장 선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

제223조(당선소송)

① 대통령선거 및 국회의원선거에 있어서 당선의 효력에 이의가 있는 정당(후보자를 추천한 정당에 한한다) 또는 후보자는 당선인결정일부터 30일이내에 제52조제1항·제3항 또는 제192조제1항부터 제3항까지의 사유에 해당함을 이유로 하는 때에는 당선인을, 제187조(대통령당선인의 결정·공고·통지)제1항·제2항, 제188조(지역구국회의원당선인의 결정·공고·통지)제1항 내지 제4항, 제189조(비례대표국회의원의석의 배분과 당선인의 결정·공고·통지) 또는 제194조(당선인의 재결정과 비례대표국회의원의석 및 비례대표지방의회의원의석의 재배분)제4항의 규정에 의한 결정의 위법을 이유로 하는 때에는 대통령선거에 있어서는 그 당선인을 결정한 중앙선거관리위원회위원장 또는 국회의장을, 국회의원선거에 있어서는 당해 선거구 선거관리위원회위원장을 각각 피고로 하여 대법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2000.2.16., 2002.3.7., 2005.8.4., 2010.1.25., 2010.3.12., 2020. 1. 14., 2020. 12. 29.>

② 지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서 당선의 효력에 관한 제220조의 결정에 불복이 있는 소청인 또는 당선인인 피소청인(제219조제2항 후단에 따라 선거구선거관리위원회 위원장이 피소청인인 경우에는 당선인을 포함한다)은 해당 소청에 대하여 기각 또는 각하 결정이 있는 경우(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때를 포함한다)에는 당선인(제219조제2항 후단을 이유로 하는 때에는 관할선거구선거관리위원회 위원장을 말한다)을, 인용결정이 있는 경우에는 그 인용결정을 한 선거관리위원회 위원장을 피고로 하여 그 결정서를 받은 날(제220조제1항의 기간 내에 결정하지 아니한 때에는 그 기간이 종료된 날)부터 10일 이내에 비례대표시·도의원선거 및 시·도지사선거에 있어서는 대법원에, 지역구시·도의원선거, 자치구·시·군의원선거 및 자치구·시·군의 장선거에 있어서는 그 선거구를 관할하는 고등법원에 소를 제기할 수 있다. <개정 2002.3.7., 2010.1.25.>

③ 제1항 또는 제2항에 따라 피고로 될 위원장이 궐위된 때에는 해당 선거관리위원회 위원 전원을, 국회의장이 궐위된 때에는 부의장중 1인을 피고로 한다. <개정 2010.1.25.>

④ 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 피고로 될 당선인이 사퇴·사망하거나 제192조제2항의 규정에 의하여 당선의 효력이 상실되거나 같은조제3항의 규정에 의하여 당선이 무효로 된 때에는 대통령선거에 있어서는 법무부장관을, 국회의원선거·지방의회의원 및 지방자치단체의 장의 선거에 있어서는 관할고등검찰청검사장을 피고로 한다.

[법규47] 한의약 육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.

[전문개정 2012.10.22.]

[법규48] 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008.3.28., 2011.7.25., 2016.1.19., 2021.3.23., 2021.8.17. , 2023.4.18.>

1. "학원"이란 사인(私人)이 대통령령으로 정하는 수 이상의 학습자 또는 불특정다수의 학습자에게 30일 이상의 교습과정(교습과정의 반복으로 교습일수가 30일 이상이 되는 경우를 포함한다. 이하 같다)에 따라 지식·기술(기능을 포함한다. 이하 같다)·예능을 교습(상급학교 진학에 필요한 컨설팅 등 지도를 하는 경우와 정보통신기술 등을 활용하여 원격으로 교습하는 경우를 포함한다. 이하 같다)하거나 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설은 제외한다.
   가. 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」, 그 밖의 법령에 따른 학교
   나. 도서관·박물관 및 과학관

다. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
라. 「평생교육법」에 따라 인가·등록·신고 또는 보고된 평생교육시설
마. 「국민 평생 직업능력 개발법」에 따른 직업능력개발훈련시설이나 그 밖에 평생교육에 관한 다른 법률에 따라 설치된 시설
바. 「도로교통법」에 따른 자동차운전학원
사. 「주택법」 제2조제3호에 따른 공동주택에 거주하는 자가 공동으로 관리하는 시설로서 「공동주택관리법」 제14조에 따른 입주자대표회의의 의결을 통하여 영리를 목적으로 하지 아니하고 입주민을 위한 교육을 하기 위하여 설치하거나 사용하는 시설

2. "교습소"란 제4호에 따른 과외교습을 하는 시설로서 학원 및 제1호 각 목의 시설이 아닌 시설을 말한다.
3. "개인과외교습자"란 다음 각 목의 시설에서 교습비등을 받고 과외교습을 하는 자를 말한다.
가. 학습자의 주거지 또는 교습자의 주거지로서 「건축법」 제2조제2항에 따른 단독주택 또는 공동주택
나. 제1호사목에 따른 시설
4. "과외교습"이란 초등학교·중학교·고등학교 또는 이에 준하는 학교의 학생이나 학교 입학 또는 학력 인정에 관한 검정을 위한 시험 준비생에게 지식·기술·예능을 교습하는 행위를 말한다.
다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위는 제외한다.
가. 제1호가목부터 바목까지의 시설에서 그 설치목적에 따라 행하는 교습행위
나. 같은 등록기준지 내의 친족이 하는 교습행위
다. 대통령령으로 정하는 봉사활동에 속하는 교습행위
5. "학습자"란 다음 각 목의 자를 말한다.
가. 학원이나 교습소에서 교습을 받는 자
나. 30일 이상 학습장소로 제공되는 시설을 이용하는 자
다. 개인과외교습자로부터 교습을 받는 자
6. "교습비등"이란 학습자가 다음 각 목의 자에게 교습이나 학습장소 이용의 대가로 납부하는 수강료·이용료 또는 교습료 등(이하 "교습비"라 한다)과 그 외에 추가로 납부하는 모든 경비(이하 "기타경비"라 한다)를 말한다.
가. 학원을 설립·운영하는 자(이하 "학원설립·운영자"라 한다)
나. 교습소를 설립·운영하는 자(이하 "교습자"라 한다)
다. 개인과외교습자

[전문개정 2007.12.21.]

[법규49] 공중위생관리법

제2조(정의)

① 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2005.3.31., 2016.2.3. 2019. 12. 3>

1. "공중위생영업"이라 함은 다수인을 대상으로 위생관리서비스를 제공하는 영업으로서 숙박업·목욕장업·이용업·미용업·세탁업·건물위생관리업을 말한다.
2. "숙박업"이라 함은 손님이 잠을 자고 머물 수 있도록 시설 및 설비등의 서비스를 제공하는 영업을 말한다. 다만, 농어촌에 소재하는 민박등 대통령령이 정하는 경우를 제외한다.
3. "목욕장업"이라 함은 다음 각목의 어느 하나에 해당하는 서비스를 손님에게 제공하는 영업을 말한다. 다만, 숙박업 영업소에 부설된 욕실 등 대통령령이 정하는 경우를 제외한다.
가. 물로 목욕을 할 수 있는 시설 및 설비 등의 서비스
나. 맥반석·황토·옥 등을 직접 또는 간접 가열하여 발생되는 열기 또는 원적외선 등을 이용하여 땀을 낼 수 있는 시설 및 설비 등의 서비스
4. "이용업"이라 함은 손님의 머리카락 또는 수염을 깎거나 다듬는 등의 방법으로 손님의 용모를 단정하게 하는 영업을 말한다.
5. "미용업"이라 함은 손님의 얼굴, 머리, 피부 및 손톱·발톱 등을 손질하여 손님의 외모를 아름답게 꾸미는 다음 각 목의 영업을 말한다.
가. 일반미용업: 파마·머리카락자르기·머리카락모양내기·머리피부손질·머리카락염색·머리감기, 의료기기나 의약품을 사용하지 아니하는 눈썹손질을 하는 영업
나. 피부미용업: 의료기기나 의약품을 사용하지 아니하는 피부상태분석·피부관리·제모(除毛)·눈썹손질을 하는 영업
다. 네일미용업: 손톱과 발톱을 손질·화장(化粧)하는 영업
라. 화장·분장 미용업: 얼굴 등 신체의 화장, 분장 및 의료기기나 의약품을 사용하지 아니하는 눈썹손질을 하는 영업
마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 세부 영업
바. 종합미용업 : 가목부터 마목까지의 업무를 모두 하는 영업
6. "세탁업"이라 함은 의류 기타 섬유제품이나 피혁제품등을 세탁하는 영업을 말한다.
7. "건물위생관리업"이라 함은 공중이 이용하는 건축물·시설물등의 청결유지와 실내공기정화를 위한 청소등을 대행하는 영업을 말한다.
8. 삭제 <2015. 12. 22>

② 제1항제2호부터 제4호까지, 제6호 및 제7호의 영업은 대통령령이 정하는 바에 의하여

이를 세분할 수 있다. <개정 2005. 3. 31., 2019. 12. 3.>

[법규50] 도로법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "도로의 부속물"이란 도로관리청이 도로의 편리한 이용과 안전 및 원활한 도로교통의 확보, 그 밖에 도로의 관리를 위하여 설치하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 시설 또는 공작물을 말한다.
   가. 주차장, 버스정류시설, 휴게시설 등 도로이용 지원시설
   나. 시선유도표지, 중앙분리대, 과속방지시설 등 도로안전시설
   다. 통행료 징수시설, 도로관제시설, 도로관리사업소 등 도로관리시설
   라. 도로표지 및 교통량 측정시설 등 교통관리시설
   마. 낙석방지시설, 제설시설, 식수대 등 도로에서의 재해 예방 및 구조 활동, 도로환경의 개선·유지 등을 위한 도로부대시설
   바. 그 밖에 도로의 기능 유지 등을 위한 시설로서 대통령령으로 정하는 시설

(이하 생략)

[법규51] 식품위생법

제36조(시설기준)

① 다음의 영업을 하려는 자는 총리령으로 정하는 시설기준에 맞는 시설을 갖추어야 한다. <개정 2010.1.18., 2013.3.23., 2020. 12. 29.>

1. 식품 또는 식품첨가물의 제조업, 가공업, 운반업, 판매업 및 보존업
2. 기구 또는 용기·포장의 제조업
3. 식품접객업
4. 공유주방 운영업(제2조제5호의2에 따라 여러 영업자가 함께 사용하는 공유주방을 운영하는 경우로 한정한다. 이하 같다)

② 제1항에 따른 시설은 영업을 하려는 자별로 구분되어야 한다. 다만, 공유주방을 운영하는 경우에는 그러하지 아니하다. <신설 2020. 12. 29.>

③ 제1항 각 호에 따른 영업의 세부 종류와 그 범위는 대통령령으로 정한다.

[법규52] 아동복지법

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2014.1.28.>

1~9. (생략)

10. "아동복지시설"이란 제50조에 따라 설치된 시설을 말한다.

11. (생략)

[법규53] 영유아보육법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2008.12.19., 2011.6.7. , 2023.8.8. , 2024.2.6.>

1~2. (생략)

3. “어린이집”이란 영유아의 보육을 위하여 이 법에 따라 설립·운영되는 기관을 말한다.

4~5. (생략)

[전문개정 2007.10.17.]

[법규54] 유통산업발전법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2013.3.23., 2015.2.3.>

1~2. (생략)

3. "대규모점포"란 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 매장을 보유한 점포의 집단으로서 별표에 규정된 것을 말한다.
   가. 하나 또는 대통령령으로 정하는 둘 이상의 연접되어 있는 건물 안에 하나 또는 여러 개로 나누어 설치되는 매장일 것
   나. 상시 운영되는 매장일 것
   다. 매장면적의 합계가 3천제곱미터 이상일 것

4~16. (생략)

[법규55] 초·중등교육법

제2조(학교의 종류)
초·중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다. <개정 2019. 12. 3.>
1. 초등학교
2. 중학교·고등공민학교
3. 고등학교·고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교
[전문개정 2012.3.21.]

[법규56] 재난 및 안전관리 기본법

제76조의5(재난취약시설 보험·공제의 가입 등)
① 삭제 <2020. 6. 9.>
② 다음 각 호에 해당하는 시설 중 대통령령으로 정하는 시설(이하 "재난취약시설"이라 한다)을 소유·관리 또는 점유하는 자는 해당 시설에서 발생하는 화재, 붕괴, 폭발 등으로 인한 타인의 생명·신체나 재산상의 손해를 보상하기 위하여 보험 또는 공제에 가입하여야 한다. 이 경우 다른 법률에 따라 그 손해의 보상내용을 충족하는 보험 또는 공제에 가입한 경우에는 이 법에 따른 보험 또는 공제에 가입한 것으로 본다. <신설 2016. 1. 7., 2017. 1. 17., 2020. 6. 9., 2023. 12. 26.>
1. 「시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법」 제2조에 따른 시설물
2. 삭제 <2017. 1. 17.>
3. 그 밖에 재난이 발생할 경우 타인에게 중대한 피해를 입힐 우려가 있는 시설
③ 제2항에 따른 보험 또는 공제의 종류, 보상한도액 및 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2016. 1. 7., 2020. 6. 9.>
④ 행정안전부장관은 제2항에 따른 보험 또는 공제의 가입관리 업무를 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 중앙행정기관의 장 또는 지방자치단체의 장에게 행정적 조치를 하도록 요청하거나 관계 행정기관, 보험회사 및 보험 관련 단체에 보험 또는 공제의 가입관리 업무에 필요한 자료를 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다. <신설 2016. 1. 7., 2017. 7. 26., 2020. 6. 9.>
⑤ 보험사업자는 재난취약시설을 소유·관리 또는 점유하는 자(이하 "재난취약시설소유자등"이라 한다)가 제2항 전단에 따른 보험 또는 공제(이하 "재난취약시설보험등"이라 한다)에 가입하려는 때에는 계약의 체결을 거부할 수 없다. 다만, 재난취약시설소유자등이 영업정지 처분을 받아 재난취약시설을 본래의 사용 목적으로 더 이상 사용할 수 없게 된 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다. <신설 2023. 12. 26.>
⑥ 재난취약시설에서 화재가 발생할 개연성이 높은 경우 등 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 다수의 보험사업자가 공동으로 재난취약시설보험등의 계약을 체결할 수 있다. 이 경우 보험사업자는 해당 재난취약시설소유자등에게 공동계약체결의 절차 및 보험료·공제회비 등에 대한 안내를 하여야 한다. <신설 2023. 12. 26.>
⑦ 재난취약시설보험등의 보험금지급청구권 또는 공제급여청구권은 양도·압류하거나 담보로 제공할 수 없다. <신설 2023. 12. 26.>
[전문개정 2010. 6. 8.]
[제목개정 2020. 6. 9.]
[제76조에서 이동 <2020. 6. 9.>]
[시행일: 2024. 6. 27.] 제76조의5

[법규57] 재난 및 안전관리 기본법 시행령

제84조의5(재난취약시설 보험·공제의 가입대상 시설)
법 제76조의5제2항 각 호 외의 부분 전단에서 "대통령령으로 정하는 시설"이란 별표 3에 따른 시설(이하 이 조, 제84조의6, 제84조의7, 제85조의2 및 제88조의3에서 "가입대상시설"이라 한다)을 말한다. <개정 2021. 6. 10., 2024. 6. 18.>
[본조신설 2017. 1. 6.]
[제목개정 2021. 6. 10.]
[제83조의3에서 이동 <2021. 6. 10.>]
제84조의6(재난취약시설 보험·공제의 보상한도액 등)
① 법 제76조의5제2항에 따른 보험 또는 공제는 다음 각 호의 구분에 따른 보상한도액의 기준을 모두 충족하는 보험 또는 공제여야 한다. <개정 2021. 6. 10.>
1. 사망 또는 부상의 경우: 피해자 1명당 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제3조제1항 및 제2항에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액을 지급할 것
2. 재산상 손해의 경우: 사고 1건당 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액을 지급할 것
② 법 제76조의5제2항에 따라 보험 또는 공제에 가입해야 하는 자(이하 이 조 및 제84조의7에서 "가입의무자"라 한다)는 다음 각 호의 구분에 따른다. <개정 2021. 6. 10.>
1. 가입대상시설의 소유자와 점유자가 동일한 경우: 소유자
2. 가입대상시설의 소유자와 점유자가 다른 경우: 점유자
3. 소유자 또는 점유자와의 계약에 따라 가입대상시설에 대한 관리책임과 권한을 부여받은 자(이하 "관리자"라 한다)가 있거나 다른 법령에 따라 관리자로 규정된 자가 있는 경우: 관리자

③ 가입의무자는 법 제76조의5제2항에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 시기까지(보험 또는 공제의 유효기간이 만료되는 경우에는 그 만료일까지) 보험 또는 공제에 가입해야 한다. <개정 2020. 12. 8., 2021. 6. 10.>

1. 별표 3 제1호부터 제7호까지 및 제20호에 해당하는 가입대상시설: 해당 가입대상시설에 대한 허가등이 완료된 날부터 30일 이내
2. 별표 3 제8호부터 제19호까지에 해당하는 가입대상시설: 해당 가입대상시설의 본래 사용 목적에 따른 사용 개시 전까지

[본조신설 2017. 1. 6.]
[제목개정 2021. 6. 10.]
[제83조의4에서 이동 <2021. 6. 10.>]

[별표 3] <개정 2022. 12. 6.>

재난취약시설 보험 또는 공제의 가입대상 시설(제84조의5 관련)

1. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업을 하는 시설
2. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업을 하는 시설
3. 「과학관의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 과학관
4. 「물류시설의 개발 및 운영에 관한 법률」 제21조의2제1항제1호에 따른 물류창고업의 등록 대상 물류창고
5. 「박물관 및 미술관 진흥법」 제16조제1항에 따라 등록을 하는 박물관 및 미술관
6. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업 또는 같은 호 나목에 따른 일반음식점영업을 위하여 영업장으로 사용하는 바닥면적의 합계가 100제곱미터 이상인 시설
7. 「장사 등에 관한 법률」 제28조의2제1항 또는 제29조제1항에 따라 설치되는 장례식장
8. 「경륜·경정법」 제5조제1항에 따라 설치되는 경륜장 또는 경정장
9. 「경륜·경정법」 제9조제2항에 따라 경주장 외의 장소에 설치되는 승자투표권의 발매, 환급금 및 반환금의 지급사무 등을 처리하기 위한 시설
10. 「국제회의산업 육성에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 국제회의시설
11. 「국토의 이용 및 관리에 관한 법률」 제43조제2항에 따른 도시·군계획시설로 설치되는 지하도상가
12. 「도로법 시행령」 제55조제5호에 따른 점용허가를 받는 지하상가
13. 「도서관법」 제3조제1호에 따른 도서관
14. 「석유 및 석유대체연료사업법 시행령」 제2조제3호에 따른 주유소
15.. 「여객자동차 운수사업법」 제2조제5호에 따른 여객자동차터미널
16. 「전시산업발전법」 제2조제4호에 따른 전시시설
17. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 15층 이하의 공동주택[「공동주택관리법」 제2조제1항제2호에 따른 의무관리대상 공동주택 및 「민간임대주택에 관한 특별법」 제51조제2항(「공공주택 특별법」 제50조제1항에 따라 준용되는 경우를 포함한다)에 따라 주택관리업자에게 관리를 위탁하거나 자체관리해야 하는 임대주택으로 한정한다] 및 부속건물
18. 「한국마사회법」 제4조제1항에 따라 설치되는 경마장
19. 「한국마사회법」 제6조제2항에 따라 경마장 외의 장소에 설치되는 마권의 발매 등을 처리하기 위한 시설
20. 「농어촌정비법」 제2조제16호라목에 따른 농어촌민박사업을 하는 시설

[법규58] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2018. 3. 27.>

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

가. 암
나. 후천성면역결핍증
다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
라. 만성 간경화
마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환

7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자 등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제28조(호스피스의 신청)

① 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

② 호스피스대상환자가 의사결정능력이 없을 때에는 미리 지정한 지정대리인이 신청할 수 있고 지정대리인이 없을 때에는 제17조제1항제3호 각 목의 순서대로 신청할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

③ 호스피스대상환자는 언제든지 직접 또는 대리인을 통하여 호스피스의 신청을 철회할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

④ 호스피스의 신청 및 철회 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금 수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

[법규59] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 18., 2013. 3. 22., 2014. 3. 18., 2015. 7. 6., 2016. 12. 2., 2018. 3. 27., 2019. 12. 3., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11., 2020. 12. 15., 2023. 6. 13., 2023. 8. 8.>

1. "감염병"이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염병, 인수(人獸)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다.
2. "제1급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병
나. 마버그열
다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열
마. 남아메리카출혈열
바. 리프트밸리열
사. 두창
아. 페스트
자. 탄저
차. 보툴리눔독소증
카. 야토병
타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)
하. 중동호흡기증후군(MERS)
거. 동물인플루엔자 인체감염증
너. 신종인플루엔자
더. 디프테리아

3. "제2급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 결핵(結核)
나. 수두(水痘)
다. 홍역(紅疫)
라. 콜레라
마. 장티푸스
바. 파라티푸스
사. 세균성이질

아. 장출혈성대장균감염증
자. A형간염
차. 백일해(百日咳)
카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)
타. 풍진(風疹)
파. 폴리오
하. 수막구균 감염증
거. b형헤모필루스인플루엔자
너. 폐렴구균 감염증
더. 한센병
러. 성홍열
머. 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증
버. 카바페넴내성장내세균목(CRE) 감염증
서. E형간염

4. "제3급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 파상풍(破傷風)
나. B형간염
다. 일본뇌염
라. C형간염
마. 말라리아
바. 레지오넬라증
사. 비브리오패혈증
아. 발진티푸스
자. 발진열(發疹熱)
차. 쯔쯔가무시증
카. 렙토스피라증
타. 브루셀라증
파. 공수병(恐水病)
하. 신증후군출혈열(腎症候群出血熱)
거. 후천성면역결핍증(AIDS)
너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)
더. 황열
러. 뎅기열
머. 큐열(Q熱)
버. 웨스트나일열
서. 라임병
어. 진드기매개뇌염
저. 유비저(類鼻疽)
처. 치쿤구니야열
커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)
터. 지카바이러스 감염증
퍼. 매독(梅毒)

5. "제4급감염병"이란 제1급감염병부터 제3급감염병까지의 감염병 외에 유행 여부를 조사하기 위하여 표본감시 활동이 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 질병관리청장이 지정하는 감염병을 포함한다.
가. 인플루엔자
나. 삭제 <2023. 8. 8.>
다. 회충증
라. 편충증
마. 요충증
바. 간흡충증
사. 폐흡충증
아. 장흡충증
자. 수족구병
차. 임질
카. 클라미디아감염증
타. 연성하감
파. 성기단순포진
하. 첨규콘딜롬
거. 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증
너. 메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증
더. 다제내성녹농균(MRPA) 감염증
러. 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증
머. 장관감염증
버. 급성호흡기감염증
서. 해외유입기생충감염증
어. 엔테로바이러스감염증

저. 사람유두종바이러스 감염증

6. "기생충감염병"이란 기생충에 감염되어 발생하는 감염병 중 질병관리청장이 고시하는 감염병을 말한다.

7~21. (생략)

제11조(의사 등의 신고)

① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <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 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우

② 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4>

③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <신설 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11.>

④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27>

⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27., 2020. 8. 11>

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6>

[법규60] 정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률

제70조(벌칙)

① 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2014. 5. 28.>

② 사람을 비방할 목적으로 정보통신망을 통하여 공공연하게 거짓의 사실을 드러내어 다른 사람의 명예를 훼손한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 제1항과 제2항의 죄는 피해자가 구체적으로 밝힌 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

[전문개정 2008. 6. 13.]

[법규61] 전기통신사업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2011. 5. 19., 2013. 3. 23., 2013. 8. 13., 2014. 10. 15., 2017. 7. 26., 2018.12.24., 2020. 6. 9., 2022. 6. 10. , 2023. 7. 18.>

1. (생략)
2. "전기통신설비"란 전기통신을 하기 위한 기계·기구·선로 또는 그 밖에 전기통신에 필요한 설비를 말한다.

3~15. (생략)

[법규62] 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

제5조의3(도주차량 운전자의 가중처벌)

① 「도로교통법」 제2조의 자동차, 원동기장치자전거 또는 「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계(이하 "자동차등"이라 한다)의 교통으로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 해당 자동차등의 운전자(이하 "사고운전자"라 한다)가 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다. <

개정 2022. 12. 27>

1. 피해자를 사망에 이르게 하고 도주하거나, 도주 후에 피해자가 사망한 경우에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
2. 피해자를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상의 유기징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 사고운전자가 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기하고 도주한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 피해자를 사망에 이르게 하고 도주하거나, 도주 후에 피해자가 사망한 경우에는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.
2. 피해자를 상해에 이르게 한 경우에는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제5조의11(위험운전 등 치사상)

① 음주 또는 약물의 영향으로 정상적인 운전이 곤란한 상태에서 자동차등을 운전하여 사람을 상해에 이르게 한 사람은 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처하고, 사망에 이르게 한 사람은 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. <개정 2018. 12. 18., 2020. 2. 4., 2022. 12. 27.>

② 음주 또는 약물의 영향으로 정상적인 운항이 곤란한 상태에서 운항의 목적으로 「해상교통안전법」 제39조제1항에 따른 선박의 조타기를 조작, 조작 지시 또는 도선하여 사람을 상해에 이르게 한 사람은 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 1천만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처하고, 사망에 이르게 한 사람은 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다. <신설 2020. 2. 4., 2023. 7. 25.>

[전문개정 2010. 3. 31.]

[제목개정 2020. 2. 4.]

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다. <개정 2022. 12. 27.>

1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

[본조신설 2019. 12. 24.]

[법규63] 어린이놀이시설 안전관리법(약칭:어린이놀이시설법)

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2011. 5. 30., 2013. 3. 23., 2014. 6. 3., 2014. 11. 19., 2014. 12. 30., 2016. 1. 7., 2017. 7. 26., 2020. 12. 22.>

1. "어린이놀이기구"란 어린이가 놀이를 위하여 사용할 수 있도록 제조된 그네, 미끄럼틀, 공중놀이기구, 회전놀이기구 등으로서 「어린이제품 안전 특별법」 제2조제9호에 따른 안전인증대상어린이제품을 말한다.
2. "어린이놀이시설"이라 함은 어린이놀이기구가 설치된 실내 또는 실외의 놀이터로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
3. "관리감독기관의 장"이란 어린이놀이시설의 안전한 유지관리를 위하여 다음 각 목의 구분에 따라 어린이놀이시설을 관리·감독하는 행정기관의 장을 말한다.
   가. 교육장: 어린이놀이시설이 「초·중등교육법」 제2조 각 호에 따른 학교와 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원 및 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원에 소재하는 경우
   나. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다): 가목 외의 어린이놀이시설의 경우
4. 삭제 <2008. 12. 19>
5. "관리주체"라 함은 어린이놀이시설의 소유자로서 관리책임이 있는 자, 다른 법령에 의하여 어린이놀이시설의 관리자로 규정된 자 또는 그 밖에 계약에 의하여 어린이놀이시설의 관리책임을 진 자를 말한다.
6. "설치검사"라 함은 어린이놀이시설의 안전성 유지를 위하여 행정안전부장관이 정하여 고시하는 어린이놀이시설의 시설기준 및 기술기준에 따라 설치한 후에 안전검사기관으로부터 받아야 하는 검사를 말한다.

6의2. "정기시설검사"란 설치검사를 받은 어린이놀이시설이 행정안전부장관이 정하여 고시하는 시설기준 및 기술기준에 따른 적합성을 유지하고 있는지를 확인하기 위하여 안전검사기관으로부터 받아야 하는 검사를 말한다.

7. "안전점검"이라 함은 어린이놀이시설의 관리주체 또는 관리주체로부터 어린이놀이시설의 안전관리를 위임받은 자가 육안 또는 점검기구 등에 의하여 검사를 하여 어린이놀이시설의 위험요인을 조사하는 행위를 말한다.
8. "안전진단"이라 함은 제4조의 안전검사기관이 어린이놀이시설에 대하여 조사·측정·안전성 평가 등을 하여 해당 어린이놀이시설의 물리적·기능적 결함을 발견하고 그에 대한 신속하고 적절한 조치를 하기 위하여 수리·개선 등의 방법을 제시하는 행위를 말한다.
9. "유지관리"란 설치된 어린이놀이시설이 기능 및 안전성을 유지할 수 있도록 정비·보수 및 개량 등을 행하는 것을 말한다.

제4조(안전검사기관의 지정 등)

① 행정안전부장관은 어린이놀이시설의 안전성을 확보하기 위하여 설치검사·정기시설검사 또는 안전진단을 행하는 기관(이하 "안전검사기관"이라 한다)을 지정할 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

② 제1항에 따라 안전검사기관으로 지정을 받고자 하는 법인 또는 단체(지방자치단체를 포함한다)는 검사장비 및 검사인력 등 대통령령이 정하는 지정요건을 갖추어 행정안전부장관에게 신청하여야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

③ 행정안전부장관은 제2항에 따른 지정 신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 안전검사기관으로 지정하여야 한다. <신설 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2020. 12. 22.>

1. 영리를 목적으로 하는 법인 또는 단체인 경우
2. 관리주체가 법인 또는 단체이거나 관리주체를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
3. 어린이놀이기구의 제조업자, 설치업자 또는 유통업자를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우

3의2. 안전점검 또는 유지관리를 업무로 하는 법인 또는 단체인 경우(그 소속 임직원이 안전점검 또는 유지관리 업무를 하는 경우를 포함한다)

4. 제2항에 따른 지정요건을 갖추지 못한 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따른 제한에 위반되는 경우

④ 행정안전부장관은 제1항의 규정에 따라 지정을 받은 안전검사기관에 설치검사업무 등의 수행에 필요한 지원을 할 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2011. 5. 30., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 안전검사기관의 지정방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2008. 12. 19., 2012. 3. 21., 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26.>

[법규64] 노인장기요양보험법

제23조(장기요양급여의 종류)

① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다. <개정 2011. 6. 7., 2015. 12. 29., 2018. 12. 11., 2024. 12. 20.>

1. 재가급여
   가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
   나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
   다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
   라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
   마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
   바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구(소프트웨어를 포함한다)를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
3. 특별현금급여
   가. 가족요양비 : 제24조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
   나. 특례요양비 : 제25조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
   다. 요양병원간병비 : 제26조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여

② 제1항제1호 및 제2호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

③ 장기요양기관은 제1항제1호가목에서 마목까지의 재가급여 전부 또는 일부를 통합하여 제공하는 서비스(이하 이 조에서 "통합재가서비스"라 한다)를 제공할 수 있다. <신설 2024. 1. 2.>

④ 제3항에 따라 통합재가서비스를 제공하는 장기요양기관은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다. <신설 2024. 1. 2.>

⑤장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2024. 1. 2.>

제35조의5(보험 가입)

① 장기요양기관은 종사자가 장기요양급여를 제공하는 과정에서 발생할 수 있는 수급자의 상해 등 법률상 손해를 배상하는 보험(이하 "전문인 배상책임보험"이라 한다)에 가입할 수 있다.

② 공단은 장기요양기관이 전문인 배상책임보험에 가입하지 않은 경우 그 기간 동안 제38조에 따라 해당 장기요양기관에 지급하는 장기요양급여비용의 일부를 감액할 수 있다.
③ 제2항에 따른 장기요양급여비용의 감액 기준 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
[본조신설 2019. 4. 23.]

[법규65] 노인복지법

제34조(노인의료복지시설)

① 노인의료복지시설은 다음 각 호의 시설로 한다. <개정 2007. 8. 3.>
1. 노인요양시설 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
2. 노인요양공동생활가정 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
3. 삭제 <2011. 6. 7.>

② 노인의료복지시설의 입소대상·입소비용 및 입소절차와 설치·운영자의 준수사항 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2007. 8. 3., 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

제38조(재가노인복지시설)

① 재가노인복지시설은 다음 각 호의 어느 하나 이상의 서비스를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다.
1. 방문요양서비스 : 가정에서 일상생활을 영위하고 있는 노인(이하 "재가노인"이라 한다)으로서 신체적·정신적 장애로 어려움을 겪고 있는 노인에게 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회안에서 건전하고 안정된 노후를 영위하도록 하는 서비스
2. 주·야간보호서비스 : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애노인을 주간 또는 야간 동안 보호시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 서비스 2. 노인요양공동생활가정 : 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
3. 단기보호서비스 : 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애노인을 보호시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인가정의 복지증진을 도모하기 위한 서비스
4. 방문 목욕서비스 : 목욕장비를 갖추고 재가노인을 방문하여 목욕을 제공하는 서비스
5. 그 밖의 서비스 : 그 밖에 재가노인에게 제공하는 서비스로서 보건복지부령이 정하는 서비스

② 제1항에 따른 재가노인복지시설의 이용대상·비용부담 및 이용절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>
[전문개정 2007. 8. 3.]

[법규66] 지방세특례제한법

제92조(천재지변 등으로 인한 대체취득에 대한 감면)

① 천재지변, 그 밖의 불가항력으로 멸실 또는 파손된 건축물·선박·자동차 및 기계장비를 그 멸실일 또는 파손일부터 2년 이내에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 취득을 하는 경우에는 취득세를 면제한다. 다만, 새로 취득한 건축물의 연면적이 종전의 건축물의 연면적을 초과하거나 새로 건조, 종류 변경 또는 대체취득한 선박의 톤수가 종전의 선박의 톤수를 초과하는 경우 및 새로 취득한 자동차 또는 기계장비의 가액이 종전의 자동차 또는 기계장비의 가액(신제품구입가액을 말한다)을 초과하는 경우에 그 초과부분에 대해서는 취득세를 부과한다. <개정 2015. 12. 29., 2018. 12. 24.>
1. 복구를 위하여 건축물을 건축 또는 개수하는 경우
2. 선박을 건조하거나 종류 변경을 하는 경우
3. 건축물·선박·자동차 및 기계장비를 대체취득하는 경우

② 천재지변, 그 밖의 불가항력으로 멸실 또는 파손된 건축물·선박·자동차·기계장비의 말소등기 또는 말소등록과 멸실 또는 파손된 건축물을 복구하기 위하여 그 멸실일 또는 파손일부터 2년 이내에 신축 또는 개축을 위한 건축허가 면허에 대해서는 등록면허세를 면제한다. <개정 2010. 12. 27., 2015. 12. 29., 2018. 12. 24.>
③ 삭제 <2023. 12. 29.>
④ 지방자치단체는 「재난 및 안전관리 기본법」 제60조에 따른 특별재난지역 내의 재산(부동산·차량·건설기계·선박·항공기를 말하며, 이하 이 항에서 같다)으로서 같은 법 제3조제1호에 따른 재난으로 피해를 입은 재산에 대해서는 그 피해가 발생한 날이 속하는 회계연도의 지방세를 100분의 100의 범위에서 조례로 정하거나 해당 지방의회의 의결을 얻어 감면할 수 있다. <신설 2023. 12. 29.>

⑤ 「재난 및 안전관리 기본법」 제60조에 따른 특별재난지역의 선포와 관련된 재난으로 인하여 사망한 자(이하 이 항에서 "사망자"라 한다) 또는 사망자의 부모, 배우자 및 자녀(이하 이 항에서 "유족"이라 한다)에 대해서는 다음 각 호에서 정하는 바에 따라 지방세를 면제한다. <신설 2023. 12. 29.>

1. 사망자의 경우에는 다음 각 목의 지방세(사망일이 속하는 회계연도로 한정한다)를 면제한다.
   가. 주민세[개인분 및 사업소분(사업소분의 경우에는 「지방세법」 제81조제1항제1호가목에 따라 부과되는 세액으로 한정한다)]
   나. 자동차세(「지방세법」 제125조제1항에 따른 자동차세로 한정한다)
   다. 재산세(「지방세법」 제112조에 따른 부과액을 포함한다)
   라. 지역자원시설세(「지방세법」 제146조제3항에 따른 지역자원시설세로 한정한다)
2. 유족의 경우에는 다음 각 목의 지방세를 면제한다.
   가. 제1호가목부터 라목까지에 따른 지방세(사망자의 사망일이 속하는 회계연도로 한정한다)
   나. 취득세[당해 재난으로 인한 사망자 소유의 부동산등(「지방세법」 제7조에 따른 부동산등을 말한다)을 상속으로 취득하는 경우로 한정한다]

[제목개정 2023. 12. 29.]

[법규67] 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.>

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. <개정 2019. 10. 15.>

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[법규68] 장애인복지법 시행규칙

제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단)

① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의4서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는 이를 첨부하도록 해야 한다. <개정 2011. 2. 1., 2013. 1. 25., 2015. 8. 3., 2016. 6. 30., 2016. 12. 30., 2019. 6. 4., 2021. 6. 4.>

1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장
2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류

② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장·군수·구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체 없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2015. 11. 18., 2019. 6. 4.>

③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>

④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 12., 2010. 3. 19., 2011. 2. 1., 2019. 6. 4.>

[제목개정 2019. 6. 4.]

제4조(장애인등록증 교부 등)

① 시장·군수·구청장은 제3조에 따라 진단 결과나 장애 정도에 관한 심사 결과를 통보받은 경우에는 제2조에 따른 장애 정도에 해당하는지를 확인하여 장애인으로 등록해야 한다. 이 경우 해당 장애인에 대한 장애인등록카드를 작성하고, 장애인등록증(이하

"등록증"이라 한다)을 발급해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>
② ~ ④ (생 략)

제6조(장애 정도의 조정)

① 장애인은 장애 상태가 현저하게 변화되어 장애 정도의 조정이 필요한 경우에는 별지 제1호의4서식의 신청서에 등록증과 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 장애 정도의 조정을 신청할 수 있다. <개정 2019. 6. 4., 2021. 6. 4.>
② 제1항에 따라 장애 정도의 조정신청을 받은 시장·군수·구청장은 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다. <개정 2019. 6. 4.>
③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>
④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 12., 2010. 3. 19., 2011. 2. 1., 2019. 6. 4.>
⑤ 제3항과 제4항에 따라 진단 결과나 장애 정도 심사결과를 통보받은 시장·군수·구청장은 통보받은 내용을 토대로 장애 정도를 조정하고, 그 결과를 신청인에게 통지해야 한다. <개정 2019. 6. 4.>

[제목개정 2019. 6. 4.]

제7조(장애 상태 확인)

① 시장·군수·구청장은 법 제32조제3항에 따라 장애인의 장애 상태를 확인하여 장애 상태에 맞는 장애 정도를 유지하도록 해야 한다. 다만, 장애 상태에 현저한 변화 가능성이 없다고 판단되는 장애인에 대해서는 그렇지 않다. <개정 2019. 6. 4.>
②~ ③ (생 략)

[법규69] 관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)

이 영은 「국가공무원법」 및 「공휴일에 관한 법률」에 따라 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다. <개정 2021. 8. 4.>

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.>

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다. <개정 2023. 5. 4.>
1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

[전문개정 2021. 8. 4.]

[법규70] 개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할

수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다. <개정 2023. 3. 14.>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제16조(개인정보의 수집 제한)

① 개인정보처리자는 제15조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하여 개인정보를 수집하는 경우에는 그 목적에 필요한 최소한의 개인정보를 수집하여야 한다. 이 경우 최소한의 개인정보 수집이라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

② 개인정보처리자는 정보주체의 동의를 받아 개인정보를 수집하는 경우 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에는 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 구체적으로 알리고 개인정보를 수집하여야 한다. <신설 2013. 8. 6.>

③ 개인정보처리자는 정보주체가 필요한 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에 동의하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2013. 8. 6.>

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제 <2023. 3. 14.>

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제18조(개인정보의 목적 외 이용·제공 제한)

① 개인정보처리자는 개인정보를 제15조제1항에 따른 범위를 초과하여 이용하거나 제17조제1항 및 제28조의8제1항에 따른 범위를 초과하여 제3자에게 제공하여서는 아니 된다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

② 제1항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 정보주체 또는 제3자의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있을 때를 제외하고는 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공할 수 있다. 다만, 제5호부터 제9호까지에 따른 경우는 공공기관의 경우로 한정한다. <개정 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우
3. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
4. 삭제 <2020. 2. 4.>

5. 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하지 아니하면 다른 법률에서 정하는 소관 업무를 수행할 수 없는 경우로서 보호위원회의 심의·의결을 거친 경우
6. 조약, 그 밖의 국제협정의 이행을 위하여 외국정부 또는 국제기구에 제공하기 위하여 필요한 경우
7. 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지를 위하여 필요한 경우
8. 법원의 재판업무 수행을 위하여 필요한 경우
9. 형(刑) 및 감호, 보호처분의 집행을 위하여 필요한 경우
10. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

③ 개인정보처리자는 제2항제1호에 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. 개인정보의 이용 목적(제공 시에는 제공받는 자의 이용 목적을 말한다)
3. 이용 또는 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

④ 공공기관은 제2항제2호부터 제6호까지, 제8호부터 제10호까지에 따라 개인정보를 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하는 경우에는 그 이용 또는 제공의 법적 근거, 목적 및 범위 등에 관하여 필요한 사항을 보호위원회가 고시로 정하는 바에 따라 관보 또는 인터넷 홈페이지 등에 게재하여야 한다. <개정 2013. 3. 23., 2014. 11. 19., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4., 2023. 3. 14.>

⑤ 개인정보처리자는 제2항 각 호의 어느 하나의 경우에 해당하여 개인정보를 목적 외의 용도로 제3자에게 제공하는 경우에는 개인정보를 제공받는 자에게 이용 목적, 이용 방법, 그 밖에 필요한 사항에 대하여 제한을 하거나, 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 마련하도록 요청하여야 한다. 이 경우 요청을 받은 자는 개인정보의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치를 하여야 한다.

제19조(개인정보를 제공받은 자의 이용·제공 제한)

개인정보처리자로부터 개인정보를 제공받은 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 개인정보를 제공받은 목적 외의 용도로 이용하거나 이를 제3자에게 제공하여서는 아니 된다.

1. 정보주체로부터 별도의 동의를 받은 경우
2. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우

[법규71] 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2024. 2. 13.>

1 ~ 7. (생 략)

8. "금융소비자"란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 "금융상품계약체결등"이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.
9. "전문금융소비자"란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 "금융상품판매업자등"이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
   가. 국가
   나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융회사
   라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
   마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제19조(설명의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항
   가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용
2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
4) 위험보장의 범위
5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품(생략)
다. 예금성 상품(생략)
라. 대출성 상품(생략)

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
가. 연계·제휴서비스등의 내용
나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

[시행일:2021. 9. 25.] 제19조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 총족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때
2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
가. 이미 공급받은 금전·재화등
나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일:2021. 9. 25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일:2021. 9. 25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[법규72] 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제13조(설명의무)

① 법 제19조제1항제1호가목5)에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각호의 사항을 말한다.
1. 위험보장 기간
2. 계약의 해지·해제
3. 보험료의 감액 청구
4. 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사하엥 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

②~⑥ (생략)

⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)의 제공기간
2. 연계·제휴서비스등의 변경·종료에 대한 사전통지

⑧ 법 제19조제1항제4호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 민원처리 및 분쟁조정 절차
2. 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부(대출성 상품은 제외한다)
3. 그 밖에 일반금융소비자의 의사결정 지원 또는 권익보호를 위해 필요한 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑨ 법 제19조제2항 본문에서 "대통령령으로 정하는 방법"이란 제11조제2항에 따른 방법을 말한다. <신설 2022. 12. 8.>

⑩ 법 제19조제3항에서 "대통령령으로 정하는 사항" 및 "대통령령으로 정하는 중요한 사항"이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다. <개정 2022. 12. 8.>

제38조(위법계약의 해지)

① 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 금융상품"이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.

② 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 기간"이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.

③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.

④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우

⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

[법규73] 금융소비자 보호에 관한 감독규정

제12조(설명의무)

① 영 제13조제1항제5호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 별표 3 제1호 각 목의 사항을 말한다.

②~⑤ (생략)

⑥ 영 제13조제8항제3호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)을 받을 수 있는 조건을 말한다.

[별표3] <고시 2022. 7. 20.>

설명사항(제12조제1항 및 제4항 관련)

1. 보장성 상품 : 다음 각 목의 사항
   가. 주된 위험보장사항·부수적인 위험보장사항 및 각각의 보험료·보험금
   나. 보험료 납입기간
   다. 해약을 하거나 만기에 이른 경우에 각각 금융소비자에 돌려주어야 하는 금액(이하 "환급금"이라 한다) 및 산출근거. 이 경우 그 금액이 이미 납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실을 함께 설명해야 한다.
   라. 일반금융소비자 또는 피보험자가 「상법」 제651조에 따른 고지의무 및 같은 법 제652조에 따른 통지의무를 각각 위반한 경우에 금융상품직접판매업자가 계약을 해지할 수 있다는 사실
   마. 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다)을 지급받는 자를 일반금융소비자가 지정할 수 있는지 여부(보험금을 지급받는 자를 지정할 수 있는 경우에는 지정방법을 포함한다)
   바. 다음의 구분에 따른 사항
      1) (생략)
      2) 「보험업법 시행령」 제30조제1항에 따른 간단손해보험대리점이 취급하는 보장성 상품 : 판매·제공 또는 중개하는 재화 또는 용역의 매매와 별도로 일반금융소비자가 보장성 상품에 관한 계약을 체결 또는 취소할 수 있거나 그 계약의 피보험자가 될 수 있는 권리가 보장된다는 사실
      3) 피보험자가 생존 시 금융상품직접판매업자가 지급하는 보험금의 합계액이 일반금융소비자가 이미 납입한 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)를 초과하는 보장성 상품 : 다음의 사항
         가) 일반금융소비자가 적용받을 수 있는 이자율(이하 "적용이율"이라 한다) 및 산출기준
         나) 보험료 중 사업비(계약을 체결·관리하는데 사용된 금액을 말한다. 이하 이조에서 같다) 등을 뺀 일부 금액만 특별계정에서 운영되거나 적용이율이 적용된다는 사실 및 그 사업비 금액(적용이율이 고정되지 않는 계약에 한정한다)
      4) 65세 이상을 보장하는 실손의료보험 및 이에 준하는 공제 : 65세 시점의 예상보험료 및 보험료의 지속납입에 관한 사항
      5) 해약환급금(금융소비자가 계약의 해지를 요구하여 계약이 해지된 경우에 금융상품판매업자가 금융소비자에게 환급해주는 금액을 말한다. 이하 같다)이 지급되지 않는 보장성 상품 : 위험보장 내용이 동일하지만 해약환급금이 지급될 수 있는 다른 보장성 상품
      6) 일반금융소비자에 배당이 지급되는 보장성 상품 : 배당에 관한 사항
      7) 계약 종료 이후 금융소비자가 청약에 필요한 사항을 금융상품직접판매업자에 알리지 않고 해당 금융상품에 관한 계약을 다시 체결할 수 있는 보장성 상품 : 가입조건 및 보장내용 등의 변경에 관한 사항
   사. 그 밖에 보통의 주의력을 가진 일반적인 금융소비자가 오해하기 쉬워 민원이 빈발하는 사항 등 보험금 지급 등 서비스 제공과 관하여 일반금융소비자가 특히 유의해야할 사항
2. (생략)

[법규74] 변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙

제1조(목적)
이 규칙은 민사소송법 제109조제1항에 의하여 소송비용에 산입할 변호사보수의 금액을 정함을 목적으로 한다. <개정 1990. 8. 21., 2003. 6. 9.>

제2조(적용범위)
이 규칙은 민사소송법의 규정(다른법률에 의하여 민사소송법의 규정이 준용되는 경우를 포함한다)에 의하여 소송비용액의 확정결정 신청을 할 수 있는 사건에 적용한다. <개정 1990. 8. 21.>

제3조(산입할 보수의 기준)
① 소송비용에 산입되는 변호사의 보수는 당사자가 보수계약에 의하여 지급한 또는 지급할 보수액(다음부터 '지급보수액'이라 한다)의 범위 내에서 각 심급단위로 소송목적의 값에 따라 별표의 기준에 의하여 산정한다. <개정 2007. 11. 28., 2013. 11. 27., 2020. 12. 28.>
② 가압류, 가처분 명령의 신청, 그 명령에 대한 이의 또는 취소의 신청사건에 있어서 소송비용에 산입되는 변호사의 보수는 지급보수액의 범위 내에서, 각 심급단위로 피보전권리의 값에 따라 별표의 기준에 의하여 산정한 금액의 2분의 1로 한다. 다만, 가압류, 가처분 명령의 신청사건에 있어서는 변론 또는 심문을 거친 경우에 한한다. <신설 1990. 8. 21., 2003. 6. 9., 2020. 12. 28.>

제4조(소송목적의 값등의 산정기준)
① 제3조에 규정된 소송목적의 값 또는 피보전권리의 값의 산정은 민사소송등인지법 제2조의 규정에 의한다. <개정 1990. 8. 21., 2003. 6. 9.>
② 청구취지 또는 신청취지를 변경한 경우에는 변경한 청구취지 또는 신청취지를 기준으로 한다. <개정 2020. 12. 28.>
[제목개정 1990. 8. 21., 2003. 6. 9.]

제5조(보수의 감액)
피고의 전부자백 또는 자백간주에 의한 판결과 무변론 판결, 이행권고결정의 경우 소송비용에 산입할 변호사의 보수는 지급보수액의 범위 내에서, 소송목적의 값에 따라 별표의 기준에 의하여 산정한 금액의 2분의 1로 한다. <개정 2003. 6. 9., 2020. 12. 28.>

제6조(재량에 의한 조정)
① 제3조 및 제5조의 금액 전부를 소송비용에 산입하는 것이 현저히 부당하다고 인정되는 경우에는 법원은 상당한 정도까지 감액 산정할 수 있다.
② 법원은 제3조의 금액이 소송의 특성 및 이에 따른 소송대리인의 선임 필요성, 당사자가 실제 지출한 변호사보수 등에 비추어 현저히 부당하게 낮은 금액이라고 인정하는 때에는 당사자의 신청에 따라 위 금액의 2분의 1 한도에서 이를 증액할 수 있다.
[전문개정 2007. 11. 28.]

[법규75] 민사소송 등 인지법

제1조(인지의 부착)
민사소송절차, 행정소송절차, 그 밖에 법원에서의 소송절차 또는 비송사건절차에서 소장(訴狀)이나 신청서 또는 신청의 취지를 적은 조서에는 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우가 아니면 이 법에서 정하는 인지(印紙)를 붙여야 한다. 다만, 대법원규칙으로 정하는 바에 따라 인지를 붙이는 대신 그 인지액에 해당하는 금액을 현금이나 신용카드·직불카드 등으로 납부하게 할 수 있도록 하되, 신용카드·직불카드 등으로 납부하는 경우 인지 납부일, 인지납부대행기관의 지정 및 운영과 납부대행 수수료 등에 필요한 사항은 대법원규칙으로 정한다. <개정 2011. 3. 7>

제2조(소장)
① 소장[반소장(反訴狀) 및 대법원에 제출하는 소장은 제외한다]에는 소송목적의 값에 따라 다음 각 호의 금액에 해당하는 인지를 붙여야 한다.
1. 소송목적의 값이 1천만원 미만인 경우에는 그 값에 1만분의 50을 곱한 금액
2. 소송목적의 값이 1천만원 이상 1억원 미만인 경우에는 그 값에 1만분의 45를 곱한 금액에 5천원을 더한 금액
3. 소송목적의 값이 1억원 이상 10억원 미만인 경우에는 그 값에 1만분의 40을 곱한 금액에 5만5천원을 더한 금액
4. 소송목적의 값이 10억원 이상인 경우에는 그 값에 1만분의 35를 곱한 금액에 55만5천원을 더한 금액
② 제1항에 따라 계산한 인지액이 1천원 미만이면 그 인지액은 1천원으로 하고, 1천원 이상이면 100원 미만은 계산하지 아니한다.
③ 소송목적의 값은 「민사소송법」 제26조제1항 및 제27조에 따라 산정(算定)하되, 대법원규칙으로 소송목적의 값을 산정하는 기준을 정할 수 있다.
④ 재산권에 관한 소(訴)로서 그 소송목적의 값을 계산할 수 없는 것과 비(非)재산권을 목적으로 하는 소송의 소송목적의 값은 대법원규칙으로 정한다.
⑤ 1개의 소로서 비재산권을 목적으로 하는 소송과 그 소송의 원인이 된 사실로부터 발생하는 재산권에 관한 소송을 병합한 경우에는 액수가 많은 소송목적의 값에 따라 인지를 붙인다.
[전문개정 2009. 5. 8.]

[법규76] 송달료규칙

제1조(목적)

이 규칙은 민사소송사건, 민사집행사건, 가사소송사건, 행정소송사건, 선거소송사건, 특별소송사건, 특허소송사건, 신청·비송사건 등에 관한 송달료의 납부절차와 그 처리방법을 규정함을 목적으로 한다. <개정 1998. 4. 20., 2002. 6. 28.>

제2조(납부의무자)

제1조 소정의 사건에 관한 송달료는 민사소송규칙 제19조의 규정에 따라 원고·상소인등 당해심급절차의 개시를 구하는 당사자가 이를 예납하여야 한다. <개정 2002. 6. 28.>

제3조(납부절차)

① 제2조에 따른 당사자(이하 "납부인"이라 한다)가 송달료를 납부하고자 할 때에는 대법원장이 지정하는 송달료수납은행(이하 "수납은행"이라 한다)에 대법원예규에서 정한 기준에 따라 현금을 납부하고, 수납은행으로부터 송달료납부서, 송달료 영수증 각 1통을 교부받아야 한다. 다만, 인터넷뱅킹을 이용하여 현금으로 납부하는 때에는 수납은행은 송달료납부서, 송달료 영수증의 해당사항을 기재한 정보를 인터넷으로 제공하여 납부인이 출력할 수 있도록 하여야 하며, 현금자동입출금기를 이용하여 송달료를 납부하는 때에는 그 이용명세표로 송달료납부서에 갈음할 수 있다. <개정 2012. 11. 30.>

② 납부인은 송달료납부서 1통을 소장등 서면에 첨부하여 관할법원에 제출하여야 한다. <개정 1996. 1. 27., 2012. 11. 30.>

③ 해당 사건과에서는 사건번호의 부여와 사건배당절차가 완료되면 지체없이 사건번호와 송달료납부서에 기재되어 있는 은행번호(이하 "송달료은행번호"라 한다)를 전산등록하고 송달료납부서의 "사건등록"란에 날인하여야 한다. <개정 1996. 1. 27., 2022. 9. 29.>

④ 송달료를 납부받은 수납은행은 지체없이 납부인의 성명, 주소, 휴대전화번호, 납부금액 및 송달료 잔액을 환급할 계좌번호(납부인이 송달료 잔액의 계좌입금 신청을 한 경우에 한한다)를 대법원장이 지정하는 송달료관리은행(이하 "관리은행"이라 한다)에 통보하여야 한다. <신설 1996. 1. 27., 2022. 9. 29.>

제3조의2(신용카드등에 의한 납부)

① 납부인이 제3조에 따라 송달료를 현금으로 납부하는 경우 이를 수납은행 또는 송달료납부대행기관의 인터넷 홈페이지 등에서 송달료납부대행기관을 통하여 신용카드·직불카드 등(이하 "신용카드등"이라 한다)으로도 납부할 수 있다. 신용카드등으로 납부하는 경우에는 송달료 신용카드등 납부서, 송달료 신용카드등 납부 영수증 각 1통을 출력물로 제공받을 수 있다.

② 제1항의 "송달료납부대행기관"이란 정보통신망을 이용하여 신용카드등에 의한 결제를 수행하는 기관으로서 송달료납부대행기관으로 지정받은 자를 말한다.

③ 제1항에 따라 송달료를 신용카드등으로 납부하는 경우에는 송달료납부대행기관의 승인일을 납부일로 본다.

④ 송달료납부대행기관은 납부인으로부터 송달료납부 대행용역의 대가로 납부대행수수료를 받을 수 있다. 납부대행수수료는 법원행정처장이 송달료납부대행기관의 운영경비 등을 종합적으로 고려하여 승인한다.

⑤ 제4항의 납부대행수수료는 「민사소송비용법」 제9조에 따라 그 전액을 소송비용으로 본다.

[본조신설 2012. 11. 30.]

제4조(송달의 실시)

① 사건담임자가 송달을 필요로 할 때에는 관리은행과의 자동결제를 위하여 반드시 전산으로 우편송달부(전산양식 A1232)를 출력한 다음 송달물과 위 우편송달부를 당해 사건과의 송달사무취급자에게 회부한다. <개정 1996. 1. 27., 1998. 4. 20., 2012. 11. 30.>

② 송달사무취급자는 제1항의 송달물과 우편송달부를 우체국에 제출하고, 우체국은 위 우편송달부에 요금후납우편발송확인을 하여 이를 해당 관리은행에 교부한다. <개정 2012. 11. 30>

③ 해당 관리은행은 제2항의 우편송달부를 교부받아 우편요금을 확인한 후 이를 보관한다. <개정 2012. 11. 30.>

[법규77] 송달료 규칙의 시행에 따른 업무처리요령

제1조(목적)

이 규정은 송달료규칙(이하 "규칙"이라 한다)에 의한 송달료의 현금납부절차와 그 처리방법 및 이에 따른 업무처리요령 등에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(적용범위)

① 이 규정을 적용할 사건(이하 "적용대상사건"이라 한다)은 [별표1]중 적용대상사건란의 기재와 같다.

② 이 규정은 [별표 2]중 법원명란에 열거된 각 법원·지원·시군법원에 계속되는 사건에 관하여 이를 적용한다.

[법규78] 특허법

제1조(목적)

이 법은 발명을 보호·장려하고 그 이용을 도모함으로써 기술의 발전을 촉진하여 산업발전에 이바지함을 목적으로 한다.

[전문개정 2014. 6. 11.]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2019. 12. 10., 2025. 1. 21.>

1. “발명”이란 자연법칙을 이용한 기술적 사상의 창작으로서 고도(高度)한 것을 말한다.
2. “특허발명”이란 특허를 받은 발명을 말한다.
3. “실시”란 다음 각 목의 구분에 따른 행위를 말한다.

가. 물건의 발명인 경우: 그 물건을 생산·사용·양도·대여·수출 또는 수입하거나 그 물건의 양도 또는 대여의 청약(양도 또는 대여를 위한 전시를 포함한다. 이하 같다)을 하는 행위

나. 방법의 발명인 경우: 그 방법을 사용하는 행위 또는 그 방법의 사용을 청약하는 행위

다. 물건을 생산하는 방법의 발명인 경우: 나목의 행위 외에 그 방법에 의하여 생산한 물건을 사용·양도·대여·수출 또는 수입하거나 그 물건의 양도 또는 대여의 청약을 하는 행위

[전문개정 2014. 6. 11.]

[법규79] 저작권법

제1조(목적)

이 법은 저작자의 권리와 이에 인접하는 권리를 보호하고 저작물의 공정한 이용을 도모함으로써 문화 및 관련 산업의 향상발전에 이바지함을 목적으로 한다. <개정 2009. 4. 22.>

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2009. 4. 22., 2011. 6. 30., 2011. 12. 2., 2016. 3. 22., 2021. 5. 18., 2023. 8. 8>

1. “저작물”은 인간의 사상 또는 감정을 표현한 창작물을 말한다.
2. “저작자”는 저작물을 창작한 자를 말한다.
3. “공연”은 저작물 또는 실연(實演)·음반·방송을 상연·연주·가창·구연·낭독·상영·재생 그 밖의 방법으로 공중에게 공개하는 것을 말하며, 동일인의 점유에 속하는 연결된 장소 안에서 이루어지는 송신(전송은 제외한다)을 포함한다.
4. “실연자”는 저작물을 연기·무용·연주·가창·구연·낭독 그 밖의 예능적 방법으로 표현하거나 저작물이 아닌 것을 이와 유사한 방법으로 표현하는 실연을 하는 자를 말하며, 실연을 지휘, 연출 또는 감독하는 자를 포함한다.
5. “음반”은 음(음성·음향을 말한다. 이하 같다)이 유형물에 고정된 것(음을 디지털화한 것을 포함한다)을 말한다. 다만, 음이 영상과 함께 고정된 것은 제외한다.
6. “음반제작자”는 음반을 최초로 제작하는 데 있어 전체적으로 기획하고 책임을 지는 자를 말한다.
7. “공중송신”은 저작물, 실연·음반·방송 또는 데이터베이스(이하 “저작물등”이라 한다)를 공중이 수신하거나 접근하게 할 목적으로 무선 또는 유선통신의 방법에 의하여 송신하거나 이용에 제공하는 것을 말한다.
8. “방송”은 공중송신 중 공중이 동시에 수신하게 할 목적으로 음·영상 또는 음과 영상 등을 송신하는 것을 말한다.

8의2. “암호화된 방송 신호”란 방송사업자나 방송사업자의 동의를 받은 자가 정당한 권한 없이 방송(유선 및 위성 통신의 방법에 의한 방송으로 한정한다)을 수신하는 것을 방지하거나 억제하기 위하여 전자적으로 암호화한 방송 신호를 말한다.

9. “방송사업자”는 방송을 업으로 하는 자를 말한다.
10. “전송(傳送)”은 공중송신 중 공중의 구성원이 개별적으로 선택한 시간과 장소에서 접근할 수 있도록 저작물등을 이용에 제공하는 것을 말하며, 그에 따라 이루어지는 송신을 포함한다.
11. “디지털음성송신”은 공중송신 중 공중으로 하여금 동시에 수신하게 할 목적으로 공중의 구성원의 요청에 의하여 개시되는 디지털 방식의 음의 송신을 말하며, 전송은 제외한다.
12. “디지털음성송신사업자”는 디지털음성송신을 업으로 하는 자를 말한다.
13. “영상저작물”은 연속적인 영상(음의 수반여부는 가리지 아니한다)이 수록된 창작물로서 그 영상을 기계 또는 전자장치에 의하여 재생하여 볼 수 있거나 보고 들을 수 있는 것을 말한다.
14. “영상제작자”는 영상저작물의 제작에 있어 그 전체를 기획하고 책임을 지는 자를 말한다.
15. “응용미술저작물”은 물품에 동일한 형상으로 복제될 수 있는 미술저작물로서 그 이용된 물품과 구분되어 독자성을 인정할 수 있는 것을 말하며, 디자인 등을 포함한다.
16. “컴퓨터프로그램저작물”은 특정한 결과를 얻기 위하여 컴퓨터 등 정보처리능력을 가진 장치(이하 “컴퓨터”라 한다) 내에서 직접 또는 간접으로 사용되는 일련의 지시·명령으로 표현된 창작물을 말한다.
17. “편집물”은 저작물이나 부호·문자·음·영상 그 밖의 형태의 자료(이하 “소재”라 한다)의 집합물을 말하며, 데이터베이스를 포함한다.
18. “편집저작물”은 편집물로서 그 소재의 선택·배열 또는 구성에 창작성이 있는 것을 말한다.
19. “데이터베이스”는 소재를 체계적으로 배열 또는 구성한 편집물로서 개별적으로 그 소재에 접근하거나 그 소재를 검색할 수 있도록 한 것을 말한다.
20. “데이터베이스제작자”는 데이터베이스의 제작 또는 그 소재의 갱신·검증 또는 보충(이하 “갱신등”이라 한다)에 인적 또는 물적으로 상당한 투자를 한 자를 말한다.

21. “공동저작물”은 2명 이상이 공동으로 창작한 저작물로서 각자의 이바지한 부분을 분리하여 이용할 수 없는 것을 말한다.
22. “복제”는 인쇄·사진촬영·복사·녹음·녹화 그 밖의 방법으로 일시적 또는 영구적으로 유형물에 고정하거나 다시 제작하는 것을 말하며, 건축물의 경우에는 그 건축을 위한 모형 또는 설계도서에 따라 이를 시공하는 것을 포함한다.
23. “배포”는 저작물등의 원본 또는 그 복제물을 공중에게 대가를 받거나 받지 아니하고 양도 또는 대여하는 것을 말한다.
24. “발행”은 저작물 또는 음반을 공중의 수요를 충족시키기 위하여 복제·배포하는 것을 말한다.
25. “공표”는 저작물을 공연, 공중송신 또는 전시 그 밖의 방법으로 공중에게 공개하는 경우와 저작물을 발행하는 경우를 말한다.
26. “저작권신탁관리업”은 저작재산권자, 배타적발행권자, 출판권자, 저작인접권자 또는 데이터베이스제작자의 권리를 가진 자를 위하여 그 권리를 신탁받아 이를 지속적으로 관리하는 업을 말하며, 저작물등의 이용과 관련하여 포괄적으로 대리하는 경우를 포함한다.
27. “저작권대리중개업”은 저작재산권자, 배타적발행권자, 출판권자, 저작인접권자 또는 데이터베이스제작자의 권리를 가진 자를 위하여 그 권리의 이용에 관한 대리 또는 중개행위를 하는 업을 말한다.
28. “기술적 보호조치”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 조치를 말한다.
가. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리의 행사와 관련하여 이 법에 따라 보호되는 저작물등에 대한 접근을 효과적으로 방지하거나 억제하기 위하여 그 권리자나 권리자의 동의를 받은 자가 적용하는 기술적 조치
나. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리에 대한 침해 행위를 효과적으로 방지하거나 억제하기 위하여 그 권리자나 권리자의 동의를 받은 자가 적용하는 기술적 조치
29. “권리관리정보”는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보나 그 정보를 나타내는 숫자 또는 부호로서 각 정보가 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리에 의하여 보호되는 저작물등의 원본이나 그 복제물에 붙여지거나 그 공연·실행 또는 공중송신에 수반되는 것을 말한다.
가. 저작물등을 식별하기 위한 정보
나. 저작권, 그 밖에 이 법에 따라 보호되는 권리를 가진 자를 식별하기 위한 정보
다. 저작물등의 이용 방법 및 조건에 관한 정보
30. “온라인서비스제공자”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.
가. 이용자가 선택한 저작물등을 그 내용의 수정 없이 이용자가 지정한 지점 사이에서 정보통신망(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호의 정보통신망을 말한다. 이하 같다)을 통하여 전달하기 위하여 송신하거나 경로를 지정하거나 연결을 제공하는 자
나. 이용자들이 정보통신망에 접속하거나 정보통신망을 통하여 저작물등을 복제·전송할 수 있도록 서비스를 제공하거나 그를 위한 설비를 제공 또는 운영하는 자
31. “업무상저작물”은 법인·단체 그 밖의 사용자(이하 “법인등”이라 한다)의 기획하에 법인등의 업무에 종사하는 자가 업무상 작성하는 저작물을 말한다.
32. “공중”은 불특정 다수인(특정 다수인을 포함한다)을 말한다.
33. “인증”은 저작물등의 이용허락 등을 위하여 정당한 권리자임을 증명하는 것을 말한다.
34. “프로그램코드역분석”은 독립적으로 창작된 컴퓨터프로그램저작물과 다른 컴퓨터프로그램과의 호환에 필요한 정보를 얻기 위하여 컴퓨터프로그램저작물코드를 복제 또는 변환하는 것을 말한다.
35. “라벨”이란 그 복제물이 정당한 권한에 따라 제작된 것임을 나타내기 위하여 저작물등의 유형적 복제물·포장 또는 문서에 부착·동봉 또는 첨부되거나 그러한 목적으로 고안된 표지를 말한다.
36. “영화상영관등”이란 영화상영관, 시사회장, 그 밖에 공중에게 영상저작물을 상영하는 장소로서 상영자에 의하여 입장이 통제되는 장소를 말한다.

[법규80] 상표법

제1조(목적)

이 법은 상표를 보호함으로써 상표 사용자의 업무상 신용 유지를 도모하여 산업발전에 이바지하고 수요자의 이익을 보호함을 목적으로 한다.

제2조(정의)

① 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2022. 2. 3., 2025. 5. 27.>
1. “상표”란 자기의 상품(지리적 표시가 사용되는 상품의 경우를 제외하고는 서비스 또는 서비스의 제공에 관련된 물건을 포함한다. 이하 같다)과 타인의 상품을 식별하기 위하여 사용하는 표장(標章)을 말한다.
2. “표장”이란 기호, 문자, 도형, 소리, 냄새, 입체적 형상, 홀로그램·동작 또는 색채 등으로서 그 구성이나 표현방식에 상관없이 상품의 출처(出處)를 나타내기 위하여 사용하는 모든 표시를 말한다.
3. “단체표장”이란 상품을 생산·제조·가공·판매하거나 서비스를 제공하는 자가 공동으로 설립한 법인이 직접 사용하거나 그 소속 단체원에게 사용하게 하기 위한 표장을 말한다.
4. “지리적 표시”란 상품의 특정 품질·명성 또는 그 밖의 특성이 본질적으로 특정지역

에서 비롯된 경우에 그 지역에서 생산·제조 또는 가공된 상품임을 나타내는 표시를 말한다.

5. "동음이의어 지리적 표시"란 같은 상품에 대한 지리적 표시가 타인의 지리적 표시와 발음은 같지만 해당 지역이 다른 지리적 표시를 말한다.
6. "지리적 표시 단체표장"이란 지리적 표시를 사용할 수 있는 상품을 생산·제조 또는 가공하는 자가 공동으로 설립한 법인이 직접 사용하거나 그 소속 단체원에게 사용하게 하기 위한 표장을 말한다.
7. "증명표장"이란 상품의 품질, 원산지, 생산방법 또는 그 밖의 특성을 증명하고 관리하는 것을 업(業)으로 하는 자가 타인의 상품에 대하여 그 상품이 품질, 원산지, 생산방법 또는 그 밖의 특성을 충족한다는 것을 증명하는 데 사용하는 표장을 말한다.
8. "지리적 표시 증명표장"이란 지리적 표시를 증명하는 것을 업으로 하는 자가 타인의 상품에 대하여 그 상품이 정해진 지리적 특성을 충족한다는 것을 증명하는 데 사용하는 표장을 말한다.
9. "업무표장"이란 영리를 목적으로 하지 아니하는 업무를 하는 자가 그 업무를 나타내기 위하여 사용하는 표장을 말한다.
10. "등록상표"란 상표등록을 받은 상표를 말한다.
11. "상표의 사용"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위를 말한다.

가. 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시하는 행위

나. 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시한 것을 양도·인도하거나 전기통신회선을 통하여 제공하는 행위 또는 이를 목적으로 전시하거나 수출·수입하는 행위

다. 외국에서 상품 또는 상품의 포장에 상표를 표시한 것을 운송업자 등 타인을 통하여 국내에 공급하는 행위

라. 상품에 관한 광고·정가표(定價表)·거래서류, 그 밖의 수단에 상표를 표시하고 전시하거나 널리 알리는 행위

② 제1항제11호 각 목에 따른 상표를 표시하는 행위에는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 표시하는 행위가 포함된다.

1. 표장의 형상이나 소리 또는 냄새로 상표를 표시하는 행위
2. 전기통신회선을 통하여 제공되는 정보에 전자적 방법으로 표시하는 행위

③ 단체표장·증명표장 또는 업무표장에 관하여는 이 법에서 특별히 규정한 것을 제외하고는 상표에 관한 규정을 적용한다.

④ 지리적 표시 증명표장에 관하여는 이 법에서 특별히 규정한 것을 제외하고는 지리적 표시 단체표장에 관한 규정을 적용한다.

[법규81] 실용신안법

제1조(목적)

이 법은 실용적인 고안을 보호·장려하고 그 이용을 도모함으로써 기술의 발전을 촉진하여 산업발전에 이바지함을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2025. 1. 21.>

1. "고안"이란 자연법칙을 이용한 기술적 사상의 창작을 말한다.
2. "등록실용신안"이란 실용신안등록을 받은 고안을 말한다.
3. "실시"란 고안에 관한 물품을 생산·사용·양도·대여·수출 또는 수입하거나 그 물품의 양도 또는 대여의 청약(양도 또는 대여를 위한 전시를 포함한다. 이하 같다)을 하는 행위를 말한다.

[전문개정 2014. 6. 11.]

[법규82] 지식재산 기본법

제1조(목적)

이 법은 지식재산의 창출·보호 및 활용을 촉진하고 그 기반을 조성하기 위한 정부의 기본 정책과 추진 체계를 마련하여 우리 사회에서 지식재산의 가치가 최대한 발휘될 수 있도록 함으로써 국가의 경제·사회 및 문화 등의 발전과 국민의 삶의 질 향상에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(기본이념)

정부는 지식재산 관련 정책을 다음 각 호의 기본이념에 따라 추진하여야 한다.

1. 저작자, 발명가, 과학기술자 및 예술가 등 지식재산 창출자가 창의적이고 안정적으로 활동할 수 있도록 함으로써 우수한 지식재산의 창출을 촉진한다.
2. 지식재산을 효과적이고 안정적으로 보호하고, 그 활용을 촉진하는 동시에 합리적이고 공정한 이용을 도모한다.
3. 지식재산이 존중되는 사회환경을 조성하고 전문인력과 관련 산업을 육성함으로써 지식재산의 창출·보호 및 활용을 촉진하기 위한 기반을 마련한다.
4. 지식재산에 관한 국내규범과 국제규범 간의 조화를 도모하고 개발도상국의 지식재산 역량 강화를 지원함으로써 국제사회의 공동 발전에 기여한다.

제3조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "지식재산"이란 인간의 창조적 활동 또는 경험 등에 의하여 창출되거나 발견된 지식·정보·기술, 사상이나 감정의 표현, 영업이나 물건의 표시, 생물의 품종이나 유전자원(遺傳資源), 그 밖에 무형적인 것으로서 재산적 가치가 실현될 수 있는 것을 말한다.

2. “신지식재산”이란 경제·사회 또는 문화의 변화나 과학기술의 발전에 따라 새로운 분야에서 출현하는 지식재산을 말한다.
3. “지식재산권”이란 법령 또는 조약 등에 따라 인정되거나 보호되는 지식재산에 관한 권리를 말한다.
4. “공공연구기관”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 기관을 말한다.
가. 국가 또는 지방자치단체가 직접 설립·운영하는 연구기관
나. 「고등교육법」 제2조에 따른 학교
다. 「정부출연연구기관 등의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」 제2조에 따른 정부출연연구기관
라. 「과학기술분야 정부출연연구기관 등의 설립·운영 및 육성에 관한 법률」 제2조에 따른 과학기술분야 정부출연연구기관
마. 「지방자치단체출연 연구원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제2조에 따른 지방자치단체출연연구원
바. 「특정연구기관 육성법」 제2조에 따른 특정연구기관
사. 「산업기술혁신 촉진법」 제42조에 따른 전문생산기술연구소
아. 「공익법인의 설립·운영에 관한 법률」 제2조에 따른 공익법인 중 지식재산의 창출이나 활용과 관련된 업무를 수행하는 기관
자. 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따라 공공기관으로 지정된 기관 중 지식재산의 창출이나 활용과 관련된 업무를 수행하는 기관
5. “사업자등”이란 공공연구기관 외의 자로서 지식재산과 관련된 사업을 하거나 연구·지원 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

[법규83] 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제3조(금융투자상품)

① 이 법에서 “금융투자상품”이란 이익을 얻거나 손실을 회피할 목적으로 현재 또는 장래의 특정(特定) 시점에 금전, 그 밖의 재산적 가치가 있는 것(이하 “금전등”이라 한다)을 지급하기로 약정함으로써 취득하는 권리로서, 그 권리를 취득하기 위하여 지급하였거나 지급하여야 할 금전등의 총액(판매수수료 등 대통령령으로 정하는 금액을 제외한다)이 그 권리로부터 회수하였거나 회수할 수 있는 금전등의 총액(해지수수료 등 대통령령으로 정하는 금액을 포함한다)을 초과하게 될 위험(이하 “투자성”이라 한다)이 있는 것을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것을 제외한다. <개정 2011. 7. 25., 2013. 5. 28.>
1. 원화로 표시된 양도성 예금증서
2. 「신탁법」 제78조제1항에 따른 수익증권발행신탁이 아닌 신탁으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 신탁(제103조제1항제1호의 재산을 신탁받는 경우는 제외하고 수탁자가 「신탁법」 제46조부터 제48조까지의 규정에 따라 처분 권한을 행사하는 경우는 포함한다. 이하 “관리형신탁”이라 한다)의 수익권
가. 위탁자(신탁계약에 따라 처분권한을 가지고 있는 수익자를 포함한다)의 지시에 따라서만 신탁재산의 처분이 이루어지는 신탁
나. 신탁계약에 따라 신탁재산에 대하여 보존행위 또는 그 신탁재산의 성질을 변경하지 아니하는 범위에서 이용·개량 행위만을 하는 신탁
3. 그 밖에 해당 금융투자상품의 특성 등을 고려하여 금융투자상품에서 제외하더라도 투자자 보호 및 건전한 거래질서를 해할 우려가 없는 것으로서 대통령령으로 정하는 금융투자상품

② 제1항의 금융투자상품은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 증권
2. 파생상품
가. 장내파생상품
나. 장외파생상품

[법규84] 노동조합 및 노동관계조정법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. <개정 2021. 1. 5.>
1. “근로자”라 함은 직업의 종류를 불문하고 임금·급료 기타 이에 준하는 수입에 의하여 생활하는 자를 말한다.
2. “사용자”라 함은 사업주, 사업의 경영담당자 또는 그 사업의 근로자에 관한 사항에 대하여 사업주를 위하여 행동하는 자를 말한다.
3. “사용자단체”라 함은 노동관계에 관하여 그 구성원인 사용자에 대하여 조정 또는 규제할 수 있는 권한을 가진 사용자의 단체를 말한다.
4. “노동조합”이라 함은 근로자가 주체가 되어 자주적으로 단결하여 근로조건의 유지·개선 기타 근로자의 경제적·사회적 지위의 향상을 도모함을 목적으로 조직하는 단체 또는 그 연합단체를 말한다. 다만, 다음 각목의 1에 해당하는 경우에는 노동조합으로 보지 아니한다.
가. 사용자 또는 항상 그의 이익을 대표하여 행동하는 자의 참가를 허용하는 경우
나. 경비의 주된 부분을 사용자로부터 원조받는 경우
다. 공제·수양 기타 복리사업만을 목적으로 하는 경우

라. 근로자가 아닌 자의 가입을 허용하는 경우
마. 주로 정치운동을 목적으로 하는 경우
5. “노동쟁의”라 함은 노동조합과 사용자 또는 사용자단체(이하 “勞動關係 當事者”라 한다)간에 임금·근로시간·복지·해고 기타 대우등 근로조건의 결정에 관한 주장의 불일치로 인하여 발생한 분쟁상태를 말한다. 이 경우 주장의 불일치라 함은 당사자간에 합의를 위한 노력을 계속하여도 더이상 자주적 교섭에 의한 합의의 여지가 없는 경우를 말한다.
6. “쟁의행위”라 함은 파업·태업·직장폐쇄 기타 노동관계 당사자가 그 주장을 관철할 목적으로 행하는 행위와 이에 대항하는 행위로서 업무의 정상적인 운영을 저해하는 행위를 말한다.

[법규85] 집회 및 시위에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2020. 12. 22.>
1. “옥외집회”란 천장이 없거나 사방이 폐쇄되지 아니한 장소에서 여는 집회를 말한다.
2. “시위”란 여러 사람이 공동의 목적을 가지고 도로, 광장, 공원 등 일반인이 자유로이 통행할 수 있는 장소를 행진하거나 위력(威力) 또는 기세(氣勢)를 보여, 불특정한 여러 사람의 의견에 영향을 주거나 제압(制壓)을 가하는 행위를 말한다.
3. “주최자(主催者)”란 자기 이름으로 자기 책임 아래 집회나 시위를 여는 사람이나 단체를 말한다. 주최자는 주관자(主管者)를 따로 두어 집회 또는 시위의 실행을 맡아 관리하도록 위임할 수 있다. 이 경우 주관자는 그 위임의 범위 안에서 주최자로 본다.
4. “질서유지인”이란 주최자가 자신을 보좌하여 집회 또는 시위의 질서를 유지하게 할 목적으로 임명한 자를 말한다.
5. “질서유지선”이란 관할 경찰서장이나 시·도경찰청장이 적법한 집회 및 시위를 보호하고 질서유지나 원활한 교통 소통을 위하여 집회 또는 시위의 장소나 행진 구간을 일정하게 구획하여 설정한 띠, 방책(防柵), 차선(車線) 등의 경계 표지(標識)를 말한다.
6. “경찰관서”란 국가경찰관서를 말한다.

[법규86] 독점규제 및 공정거래에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 사업자의 시장지배적지위의 남용과 과도한 경제력의 집중을 방지하고, 부당한 공동행위 및 불공정거래행위를 규제하여 공정하고 자유로운 경쟁을 촉진함으로써 창의적인 기업활동을 조성하고 소비자를 보호함과 아울러 국민경제의 균형 있는 발전을 도모함을 목적으로 한다.

[법규87] 증권관련 집단소송법

제1조(목적)

이 법은 증권의 거래과정에서 발생한 집단적인 피해를 효율적으로 구제하고 이를 통하여 기업의 경영투명성을 높이기 위하여 증권관련집단소송에 관하여 「민사소송법」에 대한 특례를 정하는 것을 목적으로 한다.
[전문개정 2010. 3. 31.]

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
1. “증권관련집단소송”이란 증권의 매매 또는 그 밖의 거래과정에서 다수인에게 피해가 발생한 경우 그 중의 1인 또는 수인(數人)이 대표당사자가 되어 수행하는 손해배상청구소송을 말한다.
2. “총원”(總員)이란 증권의 매매 또는 그 밖의 거래과정에서 다수인에게 피해가 발생한 경우 그 손해의 보전(補塡)에 관하여 공통의 이해관계를 가지는 피해자 전원을 말한다.
3. “구성원”이란 총원을 구성하는 각각의 피해자를 말한다.
4. “대표당사자”란 법원의 허가를 받아 총원을 위하여 증권관련집단소송 절차를 수행하는 1인 또는 수인의 구성원을 말한다.
5. “제외신고”(除外申告)란 구성원이 증권관련집단소송에 관한 판결 등의 기판력(旣判力)을 받지 아니하겠다는 의사를 법원에 신고하는 것을 말한다.
6. “증권”이란 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제4조에 따른 증권을 말한다.

제3조(적용 범위)

① 증권관련집단소송의 소(訴)는 다음 각 호의 손해배상청구에 한정하여 제기할 수 있다.
1. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제125조에 따른 손해배상청구
2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제162조(제161조에 따른 주요사항보고서의 경우는 제외한다)에 따른 손해배상청구
3. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제175조, 제177조 또는 제179조에 따른 손해배상청구
4. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제170조에 따른 손해배상청구

② 제1항에 따른 손해배상청구는 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인이 발행한 증권의 매매 또는 그 밖의 거래로 인한 것이어야

한다.
[전문개정 2010. 3. 31.]

제4조(관할)

증권관련집단소송은 피고의 보통재판적(普通裁判籍) 소재지를 관할하는 지방법원 본원 합의부의 전속관할로 한다.
[전문개정 2010. 3. 31.]

[법규88] 자동차손해배상 보장법

제5조(보험 등의 가입 의무)

① 자동차보유자는 자동차의 운행으로 다른 사람이 사망하거나 부상한 경우에 피해자(피해자가 사망한 경우에는 손해배상을 받을 권리를 가진 자를 말한다. 이하 같다)에게 대통령령으로 정하는 금액을 지급할 책임을 지는 책임보험이나 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)에 가입하여야 한다.

② 자동차보유자는 책임보험등에 가입하는 것 외에 자동차의 운행으로 다른 사람의 재물이 멸실되거나 훼손된 경우에 피해자에게 대통령령으로 정하는 금액을 지급할 책임을 지는 「보험업법」에 따른 보험이나 「여객자동차 운수사업법」, 「화물자동차 운수사업법」, 「건설기계관리법」 및 「생활물류서비스산업발전법」에 따른 공제에 가입하여야 한다. <개정 2021. 1. 26>

③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 책임보험등에 가입하는 것 외에 자동차 운행으로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상한 경우에 피해자에게 책임보험등의 배상책임한도를 초과하여 대통령령으로 정하는 금액을 지급할 책임을 지는 「보험업법」에 따른 보험이나 「여객자동차 운수사업법」, 「화물자동차 운수사업법」, 「건설기계관리법」 및 「생활물류서비스산업발전법」에 따른 공제에 가입하여야 한다. <개정 2021. 1. 26.>

1. 「여객자동차 운수사업법」 제4조제1항에 따라 면허를 받거나 등록한 여객자동차 운송사업자
2. 「여객자동차 운수사업법」 제28조제1항에 따라 등록한 자동차 대여사업자
3. 「화물자동차 운수사업법」 제3조 및 제29조에 따라 허가를 받은 화물자동차 운송사업자 및 화물자동차 운송가맹사업자
4. 「건설기계관리법」 제21조제1항에 따라 등록한 건설기계 대여업자
5. 「생활물류서비스산업발전법」 제2조제4호나목에 따른 소화물배송대행서비스인증사업자

④ 제1항 및 제2항은 대통령령으로 정하는 자동차와 도로(「도로교통법」 제2조제1호에 따른 도로를 말한다. 이하 같다)가 아닌 장소에서만 운행하는 자동차에 대하여는 적용하지 아니한다.

⑤ 제1항의 책임보험등과 제2항 및 제3항의 보험 또는 공제에는 각 자동차별로 가입하여야 한다.

제6조(의무보험 미가입자에 대한 조치 등)

① 보험회사등은 자기와 제5조제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 보험 또는 공제(이하 "의무보험"이라 한다)의 계약을 체결하고 있는 자동차보유자에게 그 계약 종료일의 75일 전부터 30일 전까지의 기간 및 30일 전부터 10일 전까지의 기간에 각각 그 계약이 끝난다는 사실을 알려야 한다. 다만, 보험회사등은 보험기간이 1개월 이내인 계약인 경우와 자동차보유자가 자기와 다시 계약을 체결하거나 다른 보험회사등과 새로운 계약을 체결한 사실을 안 경우에는 통지를 생략할 수 있다. <개정 2009. 2. 6>

② 보험회사등은 의무보험에 가입하여야 할 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 사실을 국토교통부령으로 정하는 기간 내에 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 알려야 한다. <개정 2013. 3. 23., 2021. 7. 27>

1. 자기와 의무보험 계약을 체결한 경우
2. 자기와 의무보험 계약을 체결한 후 계약 기간이 끝나기 전에 그 계약을 해지한 경우
3. 자기와 의무보험 계약을 체결한 자가 그 계약 기간이 끝난 후 자기와 다시 계약을 체결하지 아니한 경우

③ 제2항에 따른 통지를 받은 시장·군수·구청장은 의무보험에 가입하지 아니한 자동차보유자에게 지체 없이 10일 이상 15일 이하의 기간을 정하여 의무보험에 가입하고 그 사실을 증명할 수 있는 서류를 제출할 것을 명하여야 한다.

④ 시장·군수·구청장은 의무보험에 가입되지 아니한 자동차의 등록번호판(이륜자동차 번호판 및 건설기계의 등록번호표를 포함한다. 이하 같다)을 영치할 수 있다.

⑤ 시장·군수·구청장은 제4항에 따라 의무보험에 가입되지 아니한 자동차의 등록번호판을 영치하기 위하여 필요하면 경찰서장에게 협조를 요청할 수 있다. 이 경우 협조를 요청받은 경찰서장은 특별한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.

⑥ 시장·군수·구청장은 제4항에 따라 의무보험에 가입되지 아니한 자동차의 등록번호판을 영치하면 「자동차관리법」이나 「건설기계관리법」에 따라 그 자동차의 등록업무를 관할하는 시·도지사와 그 자동차보유자에게 그 사실을 통보하여야 한다. <개정 2012. 2. 22.>

⑦ 제1항과 제2항에 따른 통지의 방법과 절차에 관하여 필요한 사항, 제4항에 따른 자동차 등록번호판의 영치 및 영치 해제의 방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 국토교통부령으로 정한다. <개정 2013. 3. 23>

[법규89] 산업재해보상보험법

제1조(목적)

이 법은 산업재해보상보험 사업을 시행하여 근로자의 업무상의 재해를 신속하고 공정하게 보상하며, 재해근로자의 재활 및 사회 복귀를 촉진하기 위하여 이에 필요한 보험시설을 설치·운영하고, 재해 예방과 그 밖에 근로자의 복지 증진을 위한 사업을 시행하여 근로자 보호에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

제2조(보험의 관장과 보험연도)

① 이 법에 따른 산업재해보상보험 사업(이하 "보험사업"이라 한다)은 고용노동부장관이 관장한다. <개정 2010. 6. 4.>

② 이 법에 따른 보험사업의 보험연도는 정부의 회계연도에 따른다.

제3조(국가의 부담 및 지원)

① 국가는 회계연도마다 예산의 범위에서 보험사업의 사무 집행에 드는 비용을 일반회계에서 부담하여야 한다.

② 국가는 회계연도마다 예산의 범위에서 보험사업에 드는 비용의 일부를 지원할 수 있다.

제4조(보험료)

이 법에 따른 보험사업에 드는 비용에 충당하기 위하여 징수하는 보험료나 그 밖의 징수금에 관하여는 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」(이하 "보험료징수법"이라 한다)에서 정하는 바에 따른다.

제5조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 27., 2010. 5. 20., 2010. 6. 4., 2012. 12. 18., 2017. 10. 24., 2018. 6. 12., 2020. 5. 26.>

1. "업무상의 재해"란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"이란 각각 「근로기준법」에 따른 "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 "임금" 또는 "평균임금"을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 "임금" 또는 "평균임금"으로 한다.
3. "유족"이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. "치유"란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. "중증요양상태"란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. "진폐"(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. "출퇴근"이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제6조(적용 범위)

이 법은 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장(이하 "사업"이라 한다)에 적용한다. 다만, 위험률·규모 및 장소 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 사업에 대하여는 이 법을 적용하지 아니한다.

[법규90] 직업안정법

제1조(목적)

이 법은 모든 근로자가 각자의 능력을 계발·발휘할 수 있는 직업에 취업할 기회를 제공하고, 정부와 민간부문이 협력하여 각 산업에서 필요한 노동력이 원활하게 수급되도록 지원함으로써 근로자의 직업안정을 도모하고 국민경제의 균형있는 발전에 이바지함을 목적으로 한다.

[전문개정 2009. 10. 9.]

제2조(균등처우)

누구든지 성별, 연령, 종교, 신체적 조건, 사회적 신분 또는 혼인 여부 등을 이유로 직업소개 또는 직업지도를 받거나 고용관계를 결정할 때 차별대우를 받지 아니한다.

[전문개정 2009. 10. 9.]

제2조의2(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음 각 호와 같다. <개정 2010. 6. 4., 2019. 4. 30>

1. "직업안정기관"이란 직업소개, 직업지도 등 직업안정업무를 수행하는 지방고용노동행정기관을 말한다.
2. "직업소개"란 구인 또는 구직의 신청을 받아 구직자 또는 구인자(求人者)를 탐색하거나 구직자를 모집하여 구인자와 구직자 간에 고용계약이 성립되도록 알선하는 것을 말한다.
3. "직업지도"란 취업하려는 사람이 그 능력과 소질에 알맞은 직업을 쉽게 선택할 수

있도록 하기 위한 직업적성검사, 직업정보의 제공, 직업상담, 실습, 권유 또는 조언, 그 밖에 직업에 관한 지도를 말한다.

4. “무료직업소개사업”이란 수수료, 회비 또는 그 밖의 어떠한 금품도 받지 아니하고 하는 직업소개사업을 말한다.
5. “유료직업소개사업”이란 무료직업소개사업이 아닌 직업소개사업을 말한다.
6. “모집”이란 근로자를 고용하려는 자가 취업하려는 사람에게 피고용인이 되도록 권유하거나 다른 사람으로 하여금 권유하게 하는 것을 말한다.
7. “근로자공급사업”이란 공급계약에 따라 근로자를 타인에게 사용하게 하는 사업을 말한다. 다만, 「파견근로자 보호 등에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 근로자파견사업은 제외한다.
8. “직업정보제공사업”이란 신문, 잡지, 그 밖의 간행물 또는 유선·무선방송이나 컴퓨터통신 등으로 구인·구직 정보 등 직업정보를 제공하는 사업을 말한다.
9. “고용서비스”란 구인자 또는 구직자에 대한 고용정보의 제공, 직업소개, 직업지도 또는 직업능력개발 등 고용을 지원하는 서비스를 말한다.

특별약관 색인

특별약관 색인

<기호 및 숫자>

10대 소화계질환 진단비(1년50%) 특별약관 305
10대 주요암 진단비(1년50%) 특별약관 195
10대 주요암 항암방사선·약물 치료비(1년50%) 특별약관 998
10대난치성질환 진단비(1년50%) 특별약관 312
111대질병 수술비(1년50%) 특별약관 906
2대 주요기관 양성종양 진단비(1년50%) 특별약관 310
2대주요기관질병 수술비Ⅱ(1년감액) 특별약관 909
2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 911
2대질병 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관 429
2대질병 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 431
2대질병 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 433
2대질병 통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 435
2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%) 특별약관 1336
4대특정질병 치료·수술비(1년50%) 특별약관 902
5대골절 수술비 특별약관 986
5대골절 진단비 특별약관 954
5대주요기관질병 수술비Ⅱ(1년감액) 특별약관 913
7대 호흡계질환 진단비(1년50%) 특별약관 303
[갱신형] 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 633
[갱신형] 상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 702
[갱신형] 111대질병 수술비(1년50%) 특별약관 933
[갱신형] 2대주요기관질병 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형수술비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 946
[갱신형] 2대질병 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간90회한)(1년50%) 특별약관 1460
[갱신형] 3대특정검사(생검,골수, 내시경) 지원비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1472
[갱신형] 4대특정질병 치료·수술비(1년50%) 특별약관 929
[갱신형] 5대주요기관질병 수술비Ⅱ(1년감액) 특별약관 938

<ㄱ>

[갱신형] 가족 일상생활중 배상책임III 특별약관 1490
[갱신형] 가족 일상생활중 배상책임III(누수사고제외) 특별약관 1500
[갱신형] 계속받는 특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1283
[갱신형] 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1270
[갱신형] 골다공증 진단비(1년50%) 특별약관 324
계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 996
골절 진단비(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외) 특별약관 953
급성심근경색증 진단비(1년50%) 특별약관 254
급성심근경색증(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 255
기타 심장부정맥 진단비(1년50%) 특별약관 272
깁스 치료비(부목치료 제외) 특별약관 961

<ㄴ>

[갱신형] 뇌혈관질환 진단비(1년50%) 특별약관 282
[갱신형] 뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 284
뇌·내장손상 수술비 특별약관 970
뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1349
뇌졸중 진단 후 전문재활치료비(급여)(진단 후 5년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1346
뇌졸중 진단비(1년50%) 특별약관 251
뇌졸중(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 252
뇌출혈 진단비(1년50%) 특별약관 259
뇌출혈(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 260
뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%) 특별약관 1338
뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액) 특별약관 1384
뇌혈관질환 진단비(1년50%) 특별약관 264
뇌혈관질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 266

<ㄷ>

[갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 473
[갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1452
대상포진 진단비(1년50%) 특별약관 299
대상포진(30일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 300
대상포진(30일면책) 진단비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 302
독립특별약관 추가보장 제도성 특별약관 II 1518
두 번째 급성심근경색증 진단비 특별약관 257
두 번째 뇌출혈 진단비 특별약관 262

<ㄹ>

해당없음

<ㅁ>

해당없음

<ㅂ>

보험료 납입면제대상 II 특별약관 124
보험료 자동납입 특별약관 1515

<ㅅ>

(체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 584
(체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 588
(체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 591
(체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 594
(체증형,20년후2배)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 597
(체증형,20년후2배)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 600
[갱신형] (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 709
[갱신형] (체증형)상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 713
[갱신형] (체증형)상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)

특별약관 716
[갱신형] 상해 1~8종 수술비(시술포함) 특별약관 835
[갱신형] 상해 상급종합병원 수술비 특별약관 839
[갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관 696
[갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 690
[갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 693
[갱신형] 상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 699
[갱신형] 상해 종합병원 수술비 특별약관 843
[갱신형] 상해 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관 1467
[갱신형] 상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 705
[갱신형] 신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) 특별약관 242
[갱신형]상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) 특별약관 841
[갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관 731
[갱신형]상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관 723
[갱신형]상해 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 특별약관 726
[갱신형]상해 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관 719
상·하지 특정상해 수술비 특별약관 978
상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 367
상급종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 369
상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 371
상급종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 373
상급종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1368
상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년50%) 특별약관 1342
상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비(1년감액) 특별약관 1388
상급종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1373
상급종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) 특별약관 1112
상급종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1140
상급종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1126
상급종합병원 암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1156
상급종합병원 암 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1160
상급종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1378
상해 1~5종 수술비(동일사고당 1회한) 특별약관 787
상해 1~8종 수술비(시술포함) 특별약관 781
상해 골절 수술비 특별약관 984
상해 관절(무릎·고관절)손상 수술비 특별약관 976
상해 상급종합병원 수술비 특별약관 785
상해 상급종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 355
상해 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관 572
상해 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 566
상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 569
상해 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 575

상해 입원·통원 수술비 특별약관 777
상해 입원·통원 수술비(경증상해 제외) 특별약관 779
상해 입원일당(181일이상,요양/정신/한방 제외) 특별약관 351
상해 입원일당(1일이상) 특별약관 350
상해 종합병원 수술비 특별약관 789
상해 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 354
상해 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 353
상해 척추손상 수술비 특별약관 980
상해 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 580
상해 후유장해(3~100%) 특별약관 139
상해 후유장해(80%이상) 특별약관 137
상해입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 577
상해흉터복원(성형) 수술비 특별약관 974
신재진단암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 진단비(1년주기,5회한) 특별약관 207
심장부정맥 고주파·냉각절제술 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1352

<ㅇ>

(체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%) 특별약관 859
[갱신형] (체증형,수술시30%)암 수술비(유사암 포함)(1년50%) 특별약관 888
[갱신형] 암 MRI·PET·CT·초음파 검사비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1462
[갱신형] 암 다빈치로봇 수술비(1년 감액) 특별약관 883
[갱신형] 암 수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 874
[갱신형] 암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년50%) 특별약관 443
[갱신형] 암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 439
[갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관 447
[갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 451
[갱신형] 암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 455
[갱신형] 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 459
[갱신형] 암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 463
[갱신형] 암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1290
[갱신형] 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관 219
[갱신형] 암 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 216
[갱신형] 암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 871
[갱신형] 암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용) 특별약관 1319
[갱신형] 암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%) 특별약관 1457
[갱신형] 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 467
[갱신형] 암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 470
[갱신형] 유사암 수술비(1년50%) 특별약관 877
[갱신형] 유사암 진단비(1년50%) 특별약관 222
[갱신형] 유사암 최초수술비(1년50%) 특별약관 880
아킬레스힘줄손상 수술비 특별약관 982
암 수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 850

암 요양병원 입원일당Ⅱ(1일이상, 90일한도)(1년50%) 특별약관 395
암 직접치료 입원일당Ⅱ(1일이상)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 391
암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1년50%) 특별약관 399
암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 403
암 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 407
암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간10회한)(1년50%) 특별약관 411
암 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 415
암 진단 후 상급종합병원 암 특정치료비(1년50%) 특별약관 1006
암 진단 후 상급종합병원Ⅱ 암 특정치료비(1년50%) 특별약관 1032
암 진단 후 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1000
암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관 187
암 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 185
암 최초수술비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 847
암 치료비 지원Ⅲ(기가입자용) 특별약관 1030
암 특정재활치료비(급여)(1일1회한,연간20회한)(1년50%) 특별약관 1333
암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 종합병원 중환자실 입원지원금(연간1회한)(1년50%) 특별약관 419
암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(상급종합병원)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 423
암(유사암 제외) 직접치료 통원일당(요양병원 제외)(연간30회한)(1년50%) 특별약관 426
유사암 수술비(1년50%) 특별약관 853
유사암 진단비(1년50%) 특별약관 190
유사암 최초수술비(1년50%) 특별약관 856
유사암(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 192
유사암진단 납입지원 특별약관 119
응급실내원 진료비(응급) 특별약관 356
응급실내원 진료비(응급)(연간12회한) 특별약관 357
응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한) 특별약관 318
이륜자동차 운전 및 탑승 중 상해 부담보 특별약관 1514
인공관절치환 수술비(1년50%) 특별약관 925

<ㅈ>

(체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 525
(체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 521
(체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 529
(체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 533
(체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 537
(체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 540
(체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 544
(체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 548
(체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 555
(체증형,20년후2배)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 551
(체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 562
(체증형,20년후2배)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)

특별약관 559
[갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 649
[갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 653
[갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 661
[갱신형] (체증형)질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 657
[갱신형] (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 668
[갱신형] (체증형)질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 665
[갱신형] 재활치료비(급여)(1일1회한)(1년50%) 특별약관 1470
[갱신형] 전액본인부담(비급여포함) 표적항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관 1297
[갱신형] 전이암 및 특정암 진단비(1년50%) 특별약관 224
[갱신형] 전이암 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 895
[갱신형] 전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 892
[갱신형] 중증외상 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관 966
[갱신형] 중증질환(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) 특별약관 291
[갱신형] 중증질환(신규암) 산정특례 진단비(1년50%) 특별약관 227
[갱신형] 중증질환(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(1년50%) 특별약관 293
[갱신형] 중증질환(중복암 및 재등록암) 산정특례 진단비(1년50%) 특별약관 231
[갱신형] 중증화상 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관 964
[갱신형] 질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) 특별약관 815
[갱신형] 질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 823
[갱신형] 질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 820
[갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관 619
[갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(1년감액) 특별약관 623
[갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 605
[갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 609
[갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 613
[갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 616
[갱신형] 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 627
[갱신형] 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 630
[갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 793
[갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 796
[갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅱ(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 799
[갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 805

[갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 802
[갱신형] 질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 808
[갱신형] 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 381
[갱신형] 질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 383
[갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관 377
[갱신형] 질병 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 379
[갱신형] 질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 829
[갱신형] 질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 826
[갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 385
[갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 387
[갱신형] 질병 특정마취·수혈 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1454
[갱신형] 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 644
[갱신형] 질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 639
[갱신형] 질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 636
[갱신형]질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(1년50%) 특별약관 818
[갱신형]질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) 특별약관 811
[갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(전환용) 특별약관 685
[갱신형]질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(전환용) 특별약관 676
[갱신형]질병 입원 간병인지원(181일이상)(요양/정신/한방제외) 특별약관 680
[갱신형]질병 입원 간병인지원(1일이상)(요양병원 제외) 특별약관 671
전신결합조직장애 진단비(1년50%) 특별약관 308
전이암 및 특정암 진단비(1년50%) 특별약관 197
전이암 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 866
전이암 최초수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 863
종합병원 10대주요암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1050
종합병원 10대주요암 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1065
종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 359
종합병원 1인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 361
종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도) 특별약관 363
종합병원 2~3인실 입원일당(1일이상, 30일한도)(1년50%) 특별약관 365
종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1354
종합병원 뇌졸중·급성심근경색증 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1392
종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1359
종합병원 뇌혈관·허혈성심장질환 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1397
종합병원 암 복합치료 회복지원금(1년50%) 특별약관 1189
종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1165
종합병원 암 전액본인부담(비급여포함) 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1175
종합병원 암 통합치료비(고급형, 연간1.2억원한도)(1년50%) 특별약관 1073
종합병원 암 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1101
종합병원 암 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1087

종합병원 암 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1185
종합병원 암 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1056
종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1046
종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 포함) 전액본인부담(비급여포함) 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1061
종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비Ⅱ(1년50%) 특별약관 1053
종합병원 전이암(특정뇌및림프절암제외) 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1069
종합병원 특정순환계질환 약물치료비(주사제)(급여)(연간1회한)(1년감액) 특별약관 1382
종합병원 특정순환계질환 복합치료 회복지원금(1년감액) 특별약관 1406
종합병원 특정순환계질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년감액) 특별약관 1417
종합병원 특정순환계질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년감액) 특별약관 1410
종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(1년50%) 특별약관 1364
종합병원 특정순환계질환 특정치료비Ⅲ(1년감액) 특별약관 1402
종합병원 특정항암호르몬약물허가 치료비Ⅱ(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1151
중대 화상·부식 진단비 특별약관 956
중등도이상 폐렴(PSI 3,4,5등급) 진단비(1년50%) 특별약관 313
중증 폐렴(PSI 5등급) 진단비(1년50%) 특별약관 315
중증치매 산정특례 진단비 특별약관 154
지정대리청구서비스Ⅲ 특별약관 1516
질병 1~5종 수술비(동일질병당 연간1회한)(1년50%) 특별약관 762
질병 1~8종 수술비(시술포함)(1년50%) 특별약관 755
질병 비급여 수술비(병원급별)(1년50%) 특별약관 759
질병 사망(1년50%) 특별약관 133
질병 상급종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 767
질병 상급종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 764
질병 상급종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 345
질병 상급종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 347
질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외)(1년감액) 특별약관 495
질병 입원 간병인 사용일당(181일이상(8시간이상))(요양/정신/한방제외) 특별약관 491
질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 481
질병 입원 간병인 사용일당(1일이상(8시간이상))(요양병원 제외) 특별약관 477
질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 특별약관 485
질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)(1년50%) 특별약관 488
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 특별약관 499
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 502
질병 입원·통원 수술비Ⅱ(1년50%) 특별약관 737
질병 입원·통원 수술비Ⅱ(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 740
질병 입원·통원 수술비Ⅱ(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 743
질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 746
질병 입원·통원 수술비Ⅳ(백내장, 대장양성종양 제외)(60일10%형)(1년 감액) 특별약관 749

질병 입원·통원 수술비IV(백내장, 대장양성종양 제외)(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 752
질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 333
질병 입원일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 335
질병 입원일당(1일이상) 특별약관 329
질병 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 331
질병 종합병원 수술비(경증질병 제외)(1년50%) 특별약관 773
질병 종합병원 수술비(백내장, 대장양성종양 제외)(1년50%) 특별약관 770
질병 종합병원 입원일당(1일이상) 특별약관 341
질병 종합병원 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 343
질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관 337
질병 중환자실 입원일당(1일이상)(1년50%) 특별약관 339
질병 통합치료비(선택형)(1년50%) 특별약관 1431
질병 통합치료비(표준형)(1년50%) 특별약관 1424
질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외) 특별약관 511
질병 특정수술 간병인 사용일당(30일한도)(요양병원 제외)(1년50%) 특별약관 516
질병 후유장해(80%이상)(1년50%) 특별약관 134
질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외) 특별약관 505
질병입원간호간병통합서비스사용일당(181일이상,요양/정신/한방제외,1년감액) 특별약관 508

<ㅊ>

[갱신형] 치매 진단비 II 지원(중등도이상:CDR 2점이상) 특별약관 1479
창상봉합술 치료비(1일1회한) 특별약관 989
충수염 수술비(1년50%) 특별약관 900
치매 CDR척도검사 지원비(급여)(연간1회한) 특별약관 157
치매 MRI·PET·CT 검사비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 172
치매 전문재활치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) 특별약관 175
치매 정신요법치료비(급여)(1일1회한,연간10회한) 특별약관 179
치매 직접치료 통원일당(1일1회한,연간12회한) 특별약관 160
치매 직접치료 통원일당(상급종합병원)(1일1회한,연간12회한) 특별약관 163
치매 직접치료 통원일당(종합병원이상)(1일1회한,연간12회한) 특별약관 166
치매 진단비 II (경증이상:CDR 1점이상) 특별약관 145
치매 진단비 II (중등도이상:CDR 2점이상) 특별약관 148
치매 진단비 II (중증이상:CDR 3점이상) 특별약관 151

<ㅋ>

케어플러스 암 통합치료비(고급형)(1년50%) 특별약관 1195
케어플러스 암 통합치료비(선택형)(1년50%) 특별약관 1255
케어플러스 암 통합치료비(실속형)(1년50%) 특별약관 1237
케어플러스 암 통합치료비(표준형)(1년50%) 특별약관 1216

<ㅎ>

[갱신형] 통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 236
[갱신형] 특별약관의 자동갱신 특별약관 1512
[갱신형] 특정면역항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관 1279
[갱신형] 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 943
[갱신형] 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(1년50%) 특별약관 940
[갱신형] 특정유방병변 진공흡인 절제치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관 936

[갱신형] 특정자가면역질환 진단비(1년50%) 특별약관 326
통풍 진단비(1년50%) 특별약관 311
통합 양성신생물 수술비(1년감액) 특별약관 921
통합암(전이 포함) 진단비(유사암 제외)(1년50%) 특별약관 201
특정 간·폐·신장질환 통합치료비(실속형, 연간5천만원한도)(1년50%) 특별약관 1442
특정 간·폐·신장질환 통합치료비(표준형, 연간1억원한도)(1년50%) 특별약관 1437
특정 간·폐·신장질환 특정 약물치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1447
특정 및 통합치료비 치료 조건부 선지급 보험금 제도성 특별약관 1519
특정 외상성 뇌손상 진단비 특별약관 957
특정 외상성 뇌출혈 진단비 특별약관 958
특정 외상성 장기손상 진단비 특별약관 959
특정 치매 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관 169
특정 항암부작용 약제 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 1039
특정3대심장질환 진단비(1년50%) 특별약관 274
특정관절병·척추염 진단비(1년50%) 특별약관 307
특정순환계질환 진단비(1년50%) 특별약관 276
특정유사암(4기) 진단비(1년50%) 특별약관 199
특정패혈증 진단비(1년50%) 특별약관 309

<ㅍ>

[갱신형] 표적치매약물허가 치료비(최경증치매,경증알츠하이머치매) 특별약관 1483
[갱신형] 표적항암약물허가 치료비(1년50%) 특별약관 1273

<ㅎ>

[갱신형] 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관 1306
[갱신형] 하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1301
[갱신형] 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1311
[갱신형] 하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관 1315
[갱신형] 항암 방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1324
[갱신형] 항암 세기조절방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1287
[갱신형] 항암 양성자방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1277
[갱신형] 항암 중입자방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1321
[갱신형] 항암방사선·약물 치료비III(1년50%) 특별약관 1267
[갱신형] 허혈성심장질환 진단비(1년50%) 특별약관 286
[갱신형] 허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관 288
[갱신형] 혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관 948
[갱신형] 희귀난치성질환 산정특례 진단비(치매 제외)(1년50%) 특별약관 322
하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(기가입자용)(1년50%) 특별약관 1017
하이클래스 암 특정치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1012
하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%)(기가입자용) 특별약관 1026
하이클래스 항암약물치료비(진단 후 10년, 연간1회한)(1년50%) 특별약관 1022
항암 방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1044
항암 중입자방사선 치료비(1년50%) 특별약관 1042
항암방사선·약물 치료비III(1년50%) 특별약관 993

허혈성심장질환 진단비(1년50%) 특별약관	268
허혈성심장질환(90일면책) 진단비(1년50%) 특별약관	270
혈전용해 치료비(1년50%) 특별약관	1329
혈전용해 치료비(연간1회한)(1년50%) 특별약관	1331
혈전제거 치료비(급여)(1년50%) 특별약관	915
혈전제거 치료비(급여)(연간1회한)(1년50%) 특별약관	918
화상 수술비 특별약관	972
화상 진단비 특별약관	955

서울특별시 서초구 서초대로74길 14
(2026.10. 장기상품개발2팀 인쇄)

1588-5114 | samsungfire.com

www.samsungfire.com의 상품공시실 메뉴의
“보험상품공시실”에서도 약관내용을 확인하실 수 있습니다.