



한화손해보험과 지구 지키기
모바일약관으로 함께해요

무배당

한화손해보험

3N5 WELL 100

실속간편 건강보험 (간편고지형)

이 약관은 보험소비자의 권익 보호 및 보험상품에 대한 이해 증진을 위해 「금융 소비자 보호에 관한 법률」에 의거, 내부통제 절차를 거쳐 작성한 자료입니다.

약관



WELL100

'유병자의 건강한 일상을 100세까지 이어갑니다.'
WELL100(웰백)은, 안전과 건강한 삶을 지향하는 한화손해보험이 만든
유병자 고객 대상 간편심사보험의 대표 브랜드입니다.

확인필-제2023-100073-전사(2023.02.03~2024.02.02)
개정 : 2023.02.15



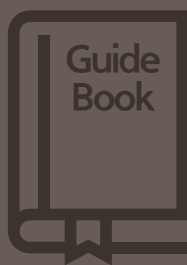
한화손해보험 모바일 앱
보험을 쉽고 빠르게

구글 Play 스토어 또는 애플 APP Store
에서 한화손해보험 검색하고 설치!



한화손해보험

약관을 쉽게 이용할 수 있는
약관 이용 가이드북



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



1. 약관 이용 가이드북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 **약관의구성, 쉽게찾는방법** 등의내용을 담고 있는 **지침서**

2. 시각화된 약관 요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 **계약 주요내용** 및 **유의 사항** 등을 **시각적 방법**을 이용하여 **간단히 요약한 약관**

3. 보험약관(주계약&특약)

- **보통약관** 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관
- **특별약관** 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

4. 용어해설 및 색인 등

약관 이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 해설, 가나다 **順 특약색인, 관련 법규** 등을 소비자에게 안내

보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, **청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항** 등 약관의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

QR코드를 통한 편리한 정보 이용


QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하거나 사진촬영하면 상세 내용 등을 편리하게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점
		

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 페이지 및 영상자료 등을 안내해 드리오니, 보험회사로부터 약관을 받으신 후, 해당 내용을 반드시 확인·숙지하시기 바랍니다.

보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조(보험금의 지급사유) 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	P.56	
------------------	--	------	--

※ 고객님의께서 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요가 있습니다.

청약철회	제21조(청약의 철회)	P.62	
계약취소	제22조(약관교부 및 설명의무 등)	P.62	
계약무효	제23조(계약의 무효)	P.63	
계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제16조(계약 전 알릴 의무) 제18조(알릴 의무 위반의 효과)	P.59 P.60	
계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제18조(알릴 의무 위반의 효과)	P.59 P.60	
보험료 연체 및 해지	제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고 (독촉)와 계약의 해지)	P.67	
부활(효력회복)	제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	P.67	
해약환급금	제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제38조(해약환급금)	P.68 P.69	
보험계약대출	제39조(보험계약대출)	P.69	

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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



1. 약관요약서 활용

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



2. 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 활용

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



3. 가나다 순 특약 색인(索引)을 활용

'가나다 순 특약 색인(索引)'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.



4. Box안 예시 참고

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



5. QR코드 스캔

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



6. 법규해설집 항목 활용

'약관에서 인용된 법령' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.



7. 약관 주의깊게 확인

약관조항 등이 음영·컬러화되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 **한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com)**, 고객센터(1566-8000)로 문의

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

한화손해보험

쉽게 이해하는
약관 요약서



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

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로,
당 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

보험 가입을 감사드립니다. 아래 내용을 꼭 확인해 주세요

- ✔ **보험계약을 청약할 때 보험약관 및
보험계약자 보관용 청약서를 받으셨나요?**
아래의 내용을 다시 한번 확인해보세요.

무배당 3N5 WELL 100 실속간편 건강보험

보험회사명: 한화손해보험
보험상품명: 무배당 3N5 WELL 100 실속간편 건강보험
보험의종목: 장기손해보험 / 장기상해

✔ **상품의 주요특징**

질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있어도 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 건강보험

✔ **상품명으로 보는 상품의 특징**

무배당 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
건강보험 주로 질병으로 인한 입원, 수술 등의 위험을 보장하는 상품입니다.

납입후 50%해약환급금지형 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며,
보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 "기본형"해약환급금의 50%에
해당하는 금액을 지급
간편고지형 유병력자를 대상으로 심사절차를 간단하게 한 상품으로 보험료를 할증하여 운영합니다.

보장성보험 [사망, 상해, 질병 등] 	유병자보험 [암·빈기입시 불리] 질병 있어도 OK	해약환급금 [납입기간 중 해지시 (1,2,5,6종에 한함)] 0원	해약환급금 [납입기간 이후 해지시 (1,2,5,6종에 한함)] 기본형 대비 50%	예금자보호 
---	---	--	---	---

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항 면책기간



☑ 보험금 지급제한사항

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

면책기간

보험금 미지급

면책기간

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

담보명	면책기간	담보명	면책기간
암(4대유사암제외)진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외	암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)	가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암제외)진단비	가입 후 90일간 보장 제외	암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외
10대고액치료비암진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외	암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외
10대고액치료비암진단비	가입 후 90일간 보장 제외	암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(3N5간편)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양병원제외,4일이상120일한도)(3N5간편)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외	암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양병원제외,4일이상120일한도)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외	암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (4일이상90일한도)(3N5간편)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외	말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (4일이상90일한도)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외	말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)	가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외	첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)(3N5간편)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)	가입 후 90일간 보장 제외	첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외	계속암(재진단암)진단비 II (3N5간편)	첫번째암: 가입 후 90일간 보장 제외 재진단암: "첫번째암" 또는 직전 "재진단암" 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년간 보장제외
암(4대유사암제외)수술비(1회한)	가입 후 90일간 보장 제외	계속암(재진단암)진단비 II	첫번째암: 가입 후 90일간 보장 제외 재진단암: "첫번째암" 또는 직전 "재진단암" 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년간 보장제외
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외		
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)	가입 후 90일간 보장 제외		
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외		
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)	가입 후 90일간 보장 제외		
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외		

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

면책기간

면책기간

보험금 미지급

담보명	면책기간	담보명	면책기간
계속암(재진단암, 4대유사암포함)진단비(3N5간편)	첫번째암(4대유사암포함) : 가입 후 90일간 보장 제외 재진단암(4대유사암포함) : "첫번째암(4대유사암포함)" 또는 직전 "재진단암(4대유사암포함)" 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년간 보장제외	(독립특별약관)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 90일간 보장제외
계속암(재진단암, 4대유사암포함)진단비	첫번째암(4대유사암포함) : 가입 후 90일간 보장 제외 재진단암(4대유사암포함) : "첫번째암(4대유사암포함)" 또는 직전 "재진단암(4대유사암포함)" 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년간 보장제외	(독립특별약관)카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장제외
보험료납입면제대상보장(4대사유)(3N5간편)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외	(독립특별약관)암(감상선암 및 전립선암 제외)다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
보험료납입면제대상보장(4대사유)	"암"은 가입 후 90일간 보장 제외	(독립특별약관)감상선암 및 전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	(독립특별약관)감상선암 및 전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	중증질환자(암)상정특례대상진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	중증질환자(암)상정특례대상진단비	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	뇌혈관질환(90일면책)진단비	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	뇌졸중(90일면책)진단비	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	뇌출혈(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	뇌출혈(90일면책)진단비	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암후르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장제외
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암후르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	허혈성심장질환(90일면책)진단비	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암후르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 90일간 보장 제외
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암후르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	급성심근경색증(90일면책)진단비	가입 후 90일간 보장제외
		경증이상치매진단비(90일이상)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항 면책기간

담보명	면책기간	담보명	면책기간
경동이상치매진단비(90일이상)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	뇌혈관질환(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장제외
중등도이상치매진단비(90일이상)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
중등도이상치매진단비(90일이상)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	뇌졸중(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
중증치매진단비Ⅲ(90일이상)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장제외
중증치매진단비Ⅲ(90일이상)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	허혈성심장질환(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장제외
파킨슨병진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보장 제외	급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
파킨슨병진단비	가입 후 1년간 보장 제외	급성심근경색증(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
중증치매Ⅰ산정특례대상진단비(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
중증치매Ⅰ산정특례대상진단비	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	중증질환자(암)산정특례대상진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
중증치매Ⅱ산정특례대상진단비(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	중증질환자(암)산정특례대상진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
중증치매Ⅱ산정특례대상진단비	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보장 제외	암(4대유사암제외)수술비(1회환)(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장제외	암(4대유사암제외)수술비(1회환)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
암(4대유사암제외)진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장제외	암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당)(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
10대고액치료비암진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외	암(4대유사암제외)수술비Ⅲ(수술1회당)(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외
10대고액치료비암진단비(갱신형)	가입 후 90일간 보장 제외		
뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 90일간 보장제외		

민원사제로 알아보는 예시상황



A씨는 암보험 가입 후 2개월이 지나서 위암을 판정받아
보험회사에 암 진단비를 청구

**보험회사는 보험가입 후 90일이 경과하지 않아
보험금 지급이 어려움을 안내해 드림**

소비가 반드시 알아두어야 할 유의사항

감액지급

감액지급

50%
[1년 이내]

감액지급

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

담보명	감액지급	담보명	감액지급
질병사망(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술 포함,연간3회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병사망	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병1-8종수술비Ⅳ(급여,시술 포함,연간3회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병80%이상후유장해(1804)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병상급종합병원수술비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병80%이상후유장해(1804)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병상급종합병원수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병수술등반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병입원비(1일이상180일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병수술등반입원비(1일이상20일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병입원비(4일이상180일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병수술등반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병입원비(4일이상180일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병수술등반입원비(1일이상10일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	124대질병수술비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병중환자실입원비(1일이상180일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	124대질병수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병중환자실입원비(1일이상30일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병중환자실입원비(1일이상30일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암제외)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병중환자실입원비(1일이상10일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암제외)진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	4대유사암진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병중환자실입원비(1일이상10일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	4대유사암진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	10대고액치료비암진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병수술비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	10대고액치료비암진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병수술비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,4일이상120일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외,4일이상120일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병수술비(특정5대질병제외)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(4일이상90일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급		
질병1-5종수술비Ⅲ	가입 후 1년간 보험금 50% 지급		

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

감액지급

감액지급

50%
[1년이내]

담보명	감액지급	담보명	감액지급
암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (4일이상90일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
4대유사암수술비 II (수술1회당)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
4대유사암수술비 II (수술1회당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	특정양성뇌종양진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)수술비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	특정양성뇌종양진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(수술1회당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중수술비(수술1회당)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중수술비(수술1회당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
		뇌졸중수술비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
		뇌졸중수술비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

소비가 반드시 알아두어야 할 유의사항

감액지급

담보명	감액지급	담보명	감액지급
뇌출혈진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	급성심근경색증수술비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	급성심근경색증수술비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈수술비(수술1회당)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈수술비(수술1회당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈수술비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	첫3대질환(암(4대유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증)진단비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈수술비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	첫3대질환(암(4대유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증)진단비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌경색증혈전용해치료비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	만성호흡기질환진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌경색증혈전용해치료비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	만성호흡기질환진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	말기폐질환진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(수술1회당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	말기폐질환진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	감상선기능항진증치료비(1회한,급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	감상선기능항진증치료비(1회한,급여)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	특정전염병발생금(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(1회한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	특정전염병발생금	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	대상포진진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	대상포진진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	대상포진눈병진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	대상포진눈병진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	통풍진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	통풍진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증수술비(수술1회당)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	독감(인플루엔자)입원비(1일 이상30일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증수술비(수술1회당)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	독감(인플루엔자)입원비(1일 이상30일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
		(독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일 이상180일한도)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

감액지급

감액지급

50%

[1년 이내]

담보명	감액지급	담보명	감액지급
(독립특별약관) 간병인사용질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	(독립특별약관) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상10일한도)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	(독립특별약관) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 간병인사용질병입원비(1일이상10일한도)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	(독립특별약관)암(갑상선암 및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	(독립특별약관)암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	(독립특별약관)갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암제기조절방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	(독립특별약관)갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암제기조절방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암제기조절방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	장루(인공항문)조성수술비(수술1회당, 급여)	질병으로 인한 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관특정질환진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관특정질환진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한, 급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한, 급여)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	관상동맥성형술치료비(연간1회한, 급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급
(독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	관상동맥성형술치료비(연간1회한, 급여)	가입 후 1년간 보험금 50%지급

소비가 반드시 알아두어야 할 유의사항

감액지급

감액지급
50%
[1년 이내]

담보명	감액지급	담보명	감액지급
심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회환,급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	심장판막협착증(대동맥판막)진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회환,급여)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	심근병증진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
조혈모세포이식수술비(1회환)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	심근병증진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
조혈모세포이식수술비(1회환)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	뇌전증진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정유방병변진공흡인절제치료비(1회환)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	뇌전증진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정유방병변진공흡인절제치료비(1회환)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	창상통합술치료발생금(안면부제외, 1일1회, 5cm이상, 연간3회환, 급여)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정천공진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	창상통합술치료발생금(안면부제외, 1일1회, 5cm이상, 연간3회환, 급여)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정천공진단비	가입 후 1년간 보험금 50%지급	감상선바늘생검조직병리검사비(연간1회환, 급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정천공등반질병진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	감상선바늘생검조직병리검사비(연간1회환, 급여)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정천공등반질병진단비	가입 후 1년간 보험금 50%지급	유방바늘생검조직병리검사비(연간1회환, 급여)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
특정천공등반개설병진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	유방바늘생검조직병리검사비(연간1회환, 급여)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
추간판장애수술비(3N5간편)	질병으로 인한 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	5대장기이식수술비(1회환)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
추간판장애수술비	질병으로 인한 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	5대장기이식수술비(1회환)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
관절증(엉덩, 무릎)수술비(수술1회당)(3N5간편)	질병으로 인한 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	각막이식수술비(1회환)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
관절증(엉덩, 무릎)수술비(수술1회당)	질병으로 인한 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	각막이식수술비(1회환)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회환)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	유방절제수술비(1회환)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회환)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	유방절제수술비(1회환)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급
중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회환)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회환)	가입 후 1년간 보험금 50%지급	중증질환자(암)산정특례대상진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심장판막협착증(대동맥판막)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
		뇌혈관질환(90일면책)진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

감액지급

감액지급

50%
[1년 이내]

담보명	감액지급	담보명	감액지급
뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병후유장애(3-100%) (1804)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌졸중(90일면책)진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병후유장애(3-100%) (1804)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
뇌출혈(90일면책)진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병수술비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환(90일면책)진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병수술비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증(90일면책)진단비	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암제외)진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	10대고액치료비암진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	10대고액치료비암진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1등급)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	4대유사암진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1등급)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	4대유사암진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-2등급)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-2등급)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암제외)수술비(1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-3등급)(1804)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-3등급)(1804)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-4등급)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-4등급)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-4등급)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-4등급)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(수술1회당)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-5등급)(3N5간편)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
장기요양진단비(1-5등급)	질병이 원인인 경우 가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급

소비가가 반드시 알아두어야 할 유의사항

감액지급

감액지급

50%
[1년 이내]

담보명	감액지급	담보명	감액지급
허혈성심장질환진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	4대유사암수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	4대유사암수술비 II (수술1회당)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
급성심근경색증진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌혈관질환(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(수술1회당)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	뇌졸중(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	허혈성심장질환(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병수술비(특정5대질병제외)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
124대질병수술비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	급성심근경색증(90일면책)진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
124대질병수술비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병1-5종수술비 III (3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
질병1-5종수술비 III (갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심혈관특정질환 I 진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	중증질환자(암)산정특례대상진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심혈관특정질환 II 진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급	질병후유장해(3-100%)(1804)(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급		
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형)	가입 후 1년간 보험금 50% 지급		

보장한도

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도
최초
1회한

보장한도
보험금
지급한도 적용

보장한도

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명	보장한도	담보명	보장한도
상해80%이상후유장해 (1804)(3N5간편)	최초 1회에 한해보장	상해1-8종수술비Ⅲ (급여,시술포함,연간3회한)	수술시술코드당 연간 3회에 한해 보장
상해80%이상후유장해 (1804)	최초 1회에 한해보장	화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한)(3N5간편)	연간 1회에 한해보장
상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	180일 한도로 보장	화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한)	연간 1회에 한해보장
상해입원비(1일이상180일한도)	180일 한도로 보장	질병80%이상후유장해 (1804)(3N5간편)	최초 1회에 한해보장
상해입원비(4일이상180일한도)(3N5간편)	3일 초과 180일 한도로 보장	질병80%이상후유장해 (1804)	최초 1회에 한해보장
상해입원비(4일이상180일한도)	3일 초과 180일 한도로 보장	질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	180일 한도로 보장	질병입원비(1일이상180일한도)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상해중환자실입원비(1일이상180일한도)	180일 한도로 보장	질병입원비(4일이상180일한도)(3N5간편)	3일 초과 180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상해중환자실입원비(1일이상30일한도)	30일 한도로 보장	질병입원비(4일이상180일한도)	3일 초과 180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상해중환자실입원비(1일이상30일한도)(3N5간편)	30일 한도로 보장	질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상해중환자실입원비(1일이상10일한도)	10일 한도로 보장	질병중환자실입원비(1일이상180일한도)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상해중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편)	10일 한도로 보장	질병중환자실입원비(1일이상30일한도)	30일 한도로 보장(퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
상해상급종합병원입원비(1일 이상180일한도)(3N5간편)	180일 한도로 보장	질병중환자실입원비(1일이상20일한도)(3N5간편)	20일 한도로 보장
상해상급종합병원입원비(1일 이상180일한도)	180일 한도로 보장	상해수술동반입원비(1일이상20일한도)	20일 한도로 보장
상해수술동반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편)	20일 한도로 보장	상해수술동반입원비(1일이상10일한도)	10일 한도로 보장
상해수술동반입원비(1일이상20일한도)	20일 한도로 보장	상해수술동반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편)	10일 한도로 보장
상해수술동반입원비(1일이상10일한도)	10일 한도로 보장	상해수술동반입원비(1일이상10일한도)	10일 한도로 보장
상해수술동반입원비(1일이상10일한도)	10일 한도로 보장	상해1-8종수술비Ⅲ (급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편)	수술시술코드당 연간 3회에 한해 보장
상해1-8종수술비Ⅲ (급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편)	수술시술코드당 연간 3회에 한해 보장	질병상급종합병원입원비(1일 이상180일한도)(3N5간편)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도

보장한도 최초 1회한

담보명	보장한도
질병상급종합병원입원비(1일 이상 180일한도)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
질병 1-5종수술비Ⅲ(3N5간편) 중 요실금수술(급여)	연간 1회에 한해 보장
질병 1-5종수술비Ⅲ 중 요실금수술(급여)	연간 1회에 한해 보장
질병 1-8종수술비Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(3N5간편)	수술시술코드당 연간 3회에 한해 보장
질병 1-8종수술비Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)	수술시술코드당 연간 3회에 한해 보장
질병수술등반입원비(1일 이상 20일한도)(3N5간편)	20일 한도로 보장
질병수술등반입원비(1일 이상 20일한도)	20일 한도로 보장
질병수술등반입원비(1일 이상 10일한도)(3N5간편)	10일 한도로 보장
질병수술등반입원비(1일 이상 10일한도)	10일 한도로 보장
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간 1회한)(3N5간편)	세부보장별로 각각 연간 1회에 한해 보장
7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간 1회한)	세부보장별로 각각 연간 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)진단비	최초 1회에 한해 보장
4대유사암진단비(3N5간편)	세부보장별로 각각 최초 1회에 한해 보장
4대유사암진단비	세부보장별로 각각 최초 1회에 한해 보장
10대고액치료비입진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
10대고액치료비입진단비	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암포함)직접치료 입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일 이상 120일한도)(3N5간편)	3일 초과 120일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
암(4대유사암포함)직접치료 입원비Ⅱ(요양병원제외, 4일 이상 120일한도)	3일 초과 120일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
암(4대유사암포함)요양병원 입원비Ⅱ(4일이상90일한도)(3N5간편)	3일 초과 90일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)

보장한도 보험금 지급한도 적용

담보명	보장한도
암(4대유사암포함)요양병원 입원비Ⅱ(4일이상90일한도)	3일 초과 90일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)수술비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
특정8대기관양성종양및플립수술비(연간 1회한, 급여)(3N5간편)	연간 1회에 한해 보장
특정8대기관양성종양및플립수술비(연간 1회한, 급여)	연간 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간 1회한, 급여)(3N5간편)	연간 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간 1회한, 급여)	연간 1회에 한해 보장
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각 1회한)(3N5간편)	세부보장별로 각각 최초 1회에 한해 보장
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각 1회한)	세부보장별로 각각 최초 1회에 한해 보장
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각 1회한)(3N5간편)	세부보장별로 각각 최초 1회에 한해 보장
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각 1회한)	세부보장별로 각각 최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암포함)직접치료 통원비(1일 회, 연간30일한)(3N5간편)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장
암(4대유사암포함)직접치료 통원비(1일 회, 연간30일한)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도

담보명	보장한도	담보명	보장한도
암(4대유사암포함)직접치료 상급종합병원통원비(3N5간 편)	1일 통원당 1회 한도로 보장	뇌경색증혈전용해치료비(1회 한)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암포함)직접치료상 급종합병원통원비	1일 통원당 1회 한도로 보장	허혈성심장질환진단비(3N5간 편)	최초 1회에 한해 보장
말기암(특정유사암포함)호스피 스완화의료치료비(입원형, 1회 한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환진단비	최초 1회에 한해 보장
말기암(특정유사암포함)호스피 스완화의료치료비(입원형, 1회 한)	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환수술비(1회한) (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
특정양성뇌종양진단비(3N5간 편)	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환수술비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
특정양성뇌종양진단비	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환직접치료통원 비(1일1회,연간30일한)(3N5간 편)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장
뇌혈관질환진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환직접치료통원 비(1일1회,연간30일한)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장
뇌혈관질환진단비	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환직접치료종합 병원통원비(1일1회,연간30일 한)(3N5간편)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장
뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5 간편)	최초 1회에 한해 보장	급성심근경색증진단비(3N5간 편)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환수술비(1회한)	최초 1회에 한해 보장	급성심근경색증진단비	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환직접치료통원비(1 일1회,연간30일한)(3N5간편)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장	급성심근경색증수술비(1회한) (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환직접치료통원비(1 일1회,연간30일한)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장	급성심근경색증수술비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환직접치료종합병원 통원비(3N5간편)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장	특정급성심근경색증혈전용해 치료비(1회한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환직접치료종합병원 통원비(1일1회,연간30일한)	1일 통원당 1회, 연간30일에 한하여 보장	특정급성심근경색증혈전용해 치료비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	첫3대질병(암(4대유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증)진단비 (1회한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중진단비	최초 1회에 한해 보장	첫3대질병(암(4대유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증)진단비 (1회한)	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중수술비(1회한)(3N5간 편)	최초 1회에 한해 보장	만성호흡기질환진단비(3N5간 편)	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중수술비(1회한)	최초 1회에 한해 보장	만성호흡기질환진단비	최초 1회에 한해 보장
뇌출혈진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	말기폐질환진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌출혈진단비	최초 1회에 한해 보장	말기폐질환진단비	최초 1회에 한해 보장
뇌출혈수술비(1회한)(3N5간 편)	최초 1회에 한해 보장	갑상선기능항진증치료비(1회 한,급여)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌출혈수술비(1회한)	최초 1회에 한해 보장		
뇌경색증혈전용해치료비(1회 한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장		

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도

보장한도 최초 1회한

보장한도 보험금 지급한도 적용

담보명	보장한도	담보명	보장한도
갑상선기능항진증치료비(1회한,급여)	최초 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 암(특정유사암 포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
대상포진진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장
대상포진진단비	최초 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
대상포진뇌병진단비	최초 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
통풍진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)	세부보장별 180일한도로 보장
통풍진단비	최초 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	세부보장별 180일한도로 보장
독감(인플루엔자)입원비(1일 이상30일한도)(3N5간편)	30일 한도로 보장	(독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	세부보장별 180일한도로 보장
독감(인플루엔자)입원비(1일 이상30일한도)	30일 한도로 보장	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)	세부보장별 10일한도로 보장
면허정지일당(120일한도, 영업용운전자용)	120일 한도로 보장	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	세부보장별 180일한도로 보장
(독립특별약관)간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)	180일 한도로 보장	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	세부보장별 180일한도로 보장
(독립특별약관)간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	180일 한도로 보장	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상10일한도)(3N5간편, 갱신형)	세부보장별 10일한도로 보장
(독립특별약관)상해입원비(1일 이상180일한도)(전환용)(3N5간편, 갱신형)	180일 한도로 보장	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	세부보장별 180일한도로 보장
(독립특별약관)상해입원비(1일 이상180일한도)(전환용)(갱신형)	180일 한도로 보장	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상10일한도)(3N5간편, 갱신형)	세부보장별 10일한도로 보장
(독립특별약관)간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상10일한도)(갱신형)	세부보장별 10일한도로 보장
(독립특별약관)간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)	(독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상10일한도)(갱신형)	세부보장별 10일한도로 보장
(독립특별약관)질병입원비(1일 이상180일한도)(전환용)(3N5간편, 갱신형)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)	(독립특별약관) 암(특정유사암 포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관)질병입원비(1일 이상180일한도)(전환용)(갱신형)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장 제외)	(독립특별약관) 암(특정유사암 포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관)암(특정유사암 포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장		

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도

담보명	보장한도	담보명	보장한도
(독립특별약관) 암(특정유사암 포함)항암세기조절방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(특정유사암 포함)항암세기조절방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	보혈로남입면제대상보장(4대사유)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	보혈로남입면제대상보장(4대사유)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간 1회한,급여)(3N5간편)	연간 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(4대유사암 제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간 1회한,급여)	연간 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(4대유사암 제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	관상동맥성형술치료비(연간 1회한,급여)(3N5간편)	연간 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(4대유사암 제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	관상동맥성형술치료비(연간 1회한,급여)	연간 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(갑상선암및 전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간 1회한,급여)(3N5간편)	연간 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(갑상선암및 전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간 1회한,급여)	연간 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(갑상선암및 전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	조혈모세포이식수술비(1회한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 암(갑상선암및 전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	조혈모세포이식수술비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 갑상선암및 전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 갑상선암및 전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)	최초 1회에 한해 보장
(독립특별약관) 갑상선암및 전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	특정천공진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	특정천공진단비	최초 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 I 진단비	최초 1회에 한해 보장	특정천공동반질병진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	특정천공동반질병진단비	최초 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 II 진단비	최초 1회에 한해 보장	특정천공동반개실병진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관특정질환진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	특정천공동반개실병진단비	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관특정질환진단비	최초 1회에 한해 보장	중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간 1회한)(3N5간편)	연간 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간 1회한)	연간 1회에 한해 보장

소비가가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도

보장한도
최초
1회한

보장한도
보통급
지급한도 적용

담보명	보장한도	담보명	보장한도
중증질환자(심장질환)산정 특례대상진단비(연간1회한) (3N5간편)	연간 1회에 한해보장	(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득50%이상,최 초1회한,급여)(갱신형)	최초 1회에 한해보장
중증질환자(심장질환)산정특 례대상진단비(연간1회한)	연간 1회에 한해보장	(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득100%이상, 최초1회한,급여)(3N5간편,갱 신형)	최초 1회에 한해보장
상해질병치료지원금(연간1회 한,급여)(3N5간편)	중위소득 비율 지급기준별 각각 연간 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득100%이상, 최초1회한,급여)(갱신형)	최초 1회에 한해보장
상해질병치료지원금(연간1회 한,급여)	중위소득 비율 지급기준별 각각 연간 1회에 한해 보장	(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득200%이상, 최초1회한,급여)(3N5간편,갱 신형)	최초 1회에 한해보장
상해질병치료지원금(중위소득 50%이상,최초1회한,급여) (3N5간편)	최초 1회에 한해보장	(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득200%이상, 최초1회한,급여)(갱신형)	최초 1회에 한해보장
상해질병치료지원금(중위소득 50%이상,최초1회한,급여)	최초 1회에 한해보장	(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득300%이상, 최초1회한,급여)(3N5간편,갱 신형)	최초 1회에 한해보장
상해질병치료지원금(중위소득 100%이상,최초1회한,급여) (3N5간편)	최초 1회에 한해보장	(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득300%이상, 최초1회한,급여)(갱신형)	최초 1회에 한해보장
상해질병치료지원금(중위소득 100%이상,최초1회한,급여)	최초 1회에 한해보장	특정상해성뇌출혈진단비 (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
상해질병치료지원금(중위소득 200%이상,최초1회한,급여) (3N5간편)	최초 1회에 한해보장	특정상해성뇌출혈진단비	최초 1회에 한해 보장
상해질병치료지원금(중위소득 200%이상,최초1회한,급여) (3N5간편)	최초 1회에 한해보장	창상봉합술치료발생금(안면부 제외,1일1회,5cm이상,연간3 회한,급여)(3N5간편)	1일 1회, 연간 3회에 한해 보장
상해질병치료지원금(중위소득 300%이상,최초1회한,급여) (3N5간편)	최초 1회에 한해보장	창상봉합술치료발생금(안면부 제외,1일1회,5cm이상,연간3 회한,급여)	1일 1회, 연간 3회에 한해 보장
보장보험료50%납입지원 II (4 대우사암)(3N5간편)	최초 1회에 한해보장	감상선바늘생검조직병리검사 비(연간1회한,급여)(3N5간 편)	연간 1회에 한하여 보장
보장보험료50%납입지원 II (4 대우사암)	최초 1회에 한해보장	감상선바늘생검조직병리검사비 (연간1회한,급여)	연간 1회에 한하여 보장
(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(연간1회한,급여)(3N5 간편,갱신형)	중위소득 비율 지급기준별 각각 연간 1회에 한해 보장	유방바늘생검조직병리검사비 (연간1회한,급여)(3N5간편)	연간 1회에 한하여 보장
(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(연간1회한,급여)(갱신 형)	중위소득 비율 지급기준별 각각 연간 1회에 한해 보장	유방바늘생검조직병리검사비 (연간1회한,급여)	연간 1회에 한하여 보장
(독립특별약관) 상해질병치료 지원금(중위소득50%이상,최 초1회한,급여)(3N5간편,갱신 형)	최초 1회에 한해보장	중증화상및부식진단비(3N5간 편)	최초 1회에 한해 보장
		중증화상및부식진단비	최초 1회에 한해 보장

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도

담보명	보장한도	담보명	보장한도
5대장기이식수술비(1회한) (3N5간편)	최초 1회에 한하여 보장	중증화상산정특례대상진단비 (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
5대장기이식수술비(1회한)	최초 1회에 한하여 보장	중증화상산정특례대상진단비	최초 1회에 한해 보장
각막이식수술비(1회한)(3N5 간편)	최초 1회에 한하여 보장	중증외상산정특례대상진단비 (연간1회한)(3N5간편)	연간 1회에 한해 보장
각막이식수술비(1회한)	최초 1회에 한하여 보장	중증외상산정특례대상진단비 (연간1회한)	연간 1회에 한해 보장
유방절제수술비(1회한)(3N5 간편)	최초 1회에 한하여 보장	경증이상치매진단비(90일이 상)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
유방절제수술비(1회한)	최초 1회에 한하여 보장	경증이상치매진단비(90일이 상)	최초 1회에 한해 보장
중증질환자(암)산정특례대상 진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	중등도이상치매진단비(90일 이상)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
중증질환자(암)산정특례대상 진단비	최초 1회에 한해 보장	중등도이상치매진단비(90일 이상)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환(90일면책)진단비 (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	중증치매진단비Ⅲ (90일이상) (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환(90일면책)진단비	최초 1회에 한해 보장	중증치매진단비Ⅲ (90일이상)	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중(90일면책)진단비 (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1등급)(3N5 간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중(90일면책)진단비	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1등급)	최초 1회에 한해 보장
뇌출혈(90일면책)진단비 (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1-2등급) (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌출혈(90일면책)진단비	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1-2등급)	최초 1회에 한해 보장
허혈성심장질환(90일면책)진 단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1-3등급) (1804)(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
허혈성심장질환(90일면책)진 단비	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1-3등급) (1804)	최초 1회에 한해 보장
급성심근경색증(90일면책)진 단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1-4등급) (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
급성심근경색증(90일면책)진 단비	최초 1회에 한해 보장	장기요양진단비(1-4등급) (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
상해간호간병통합서비스입원 비(1일이상180일한도)(3N5 간편)	180일 한도로 보장	장기요양진단비(1-5등급) (3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
상해간호간병통합서비스입원 비(1일이상180일한도)	180일 한도로 보장	장기요양진단비(1-5등급)	최초 1회에 한해 보장
질병간호간병통합서비스입원 비(1일이상180일한도)(3N5 간편)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장제외)	파킨슨병진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
질병간호간병통합서비스입원 비(1일이상180일한도)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장제외)	중증치매 I 산정특례대상진단 비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
		중증치매 I 산정특례대상진단 비	최초 1회에 한해 보장

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

보장한도

보장한도
최초
1회한

보장한도
보험금
지급한도 적용

답보명	보장한도	답보명	보장한도
중증치매 II 산정특례대상진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장	중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간 1회한)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장
중증치매 II 산정특례대상진단비	최초 1회에 한해 보장	중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간 1회한)(3N5간편, 갱신형)	연간 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장	중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간 1회한)(갱신형)	연간 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 I 진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장	중증질환자(암)산정특례대상진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
심혈관특정질환 II 진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	상해입원비(1일 이상 180일 한도)(3N5간편, 갱신형)	180일 한도로 보장
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장	상해입원비(1일 이상 180일 한도)(갱신형)	180일 한도로 보장
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	장기요양급유금(1-5등급, 재가 및 시설급유)(3년지급형)(3N5간편)	"보험금 지급기간" 이내에 "재가급유" 또는 "시설급유"를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 보장
뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장	장기요양급유금(1-5등급, 재가 및 시설급유)(3년지급형)	"보험금 지급기간" 이내에 "재가급유" 또는 "시설급유"를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 보장
뇌혈관질환(90일면책)진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	장기요양급유금(1-5등급, 재가 및 시설급유)(5년지급형)(3N5간편)	"보험금 지급기간" 이내에 "재가급유" 또는 "시설급유"를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 보장
뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장	장기요양급유금(1-5등급, 재가 및 시설급유)(5년지급형)	"보험금 지급기간" 이내에 "재가급유" 또는 "시설급유"를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 보장
뇌졸중(90일면책)진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	장기요양급유금(1-5등급, 재가 및 시설급유)(10년지급형)(3N5간편)	"보험금 지급기간" 이내에 "재가급유" 또는 "시설급유"를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 보장
허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장	장기요양급유금(1-5등급, 재가 및 시설급유)(10년지급형)	"보험금 지급기간" 이내에 "재가급유" 또는 "시설급유"를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 보장
허혈성심장질환(90일면책)진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	장기요양급유금(1-5등급, 재가 및 시설급유)(10년지급형)	"보험금 지급기간" 이내에 "재가급유" 또는 "시설급유"를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 보장
급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편, 갱신형)	최초 1회에 한해 보장	질병입원비(1일 이상 180일 한도)(3N5간편, 갱신형)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속입원시 180일간 보장 제외)
급성심근경색증(90일면책)진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	질병입원비(1일 이상 180일 한도)(갱신형)	180일 한도로 보장 (퇴원없이 계속입원시 180일간 보장 제외)
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간 1회한)(3N5간편, 갱신형)	연간 1회에 한해 보장		

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항 보장한도, 자기부담금 차감

보장한도

최초
1회한

보장한도

보험금
지급한도 적용

담보명	보장한도	담보명	보장한도
암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	급성심근경색증진단비(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장
10대고액치료비암진단비(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	급성심근경색증진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
10대고액치료비암진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장
4대유사암진단비(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장
4대유사암진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 중 요실금수술(급여)	연간 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	질병1-5종수술비Ⅲ(갱신형) 중 요실금수술(급여)	연간 1회에 한해 보장
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	심장판막협착증(대동맥판막)진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환진단비(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	심장판막협착증(대동맥판막)진단비	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	심근병증진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중진단비(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	심근병증진단비	최초 1회에 한해 보장
뇌졸중진단비(갱신형)	최초 1회에 한해 보장	뇌전증진단비(3N5간편)	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장	뇌전증진단비	최초 1회에 한해 보장
뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형)	최초 1회에 한해 보장		
허혈성심장질환진단비(3N5간편,갱신형)	최초 1회에 한해 보장		

자기부담금

차감 후
지급

자기부담금 차감

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

담보명	자기부담금 차감
(독립특별약관) 가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형)	"대물배상책임"에 한하여 1사고당 - 누수사고 : 50만원 - 누수사고 이외의 사고 : 20만원

소비가 반드시 알아두어야 할 유의사항
해약환급금

☑ **해약환급금에 관한 사항**



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

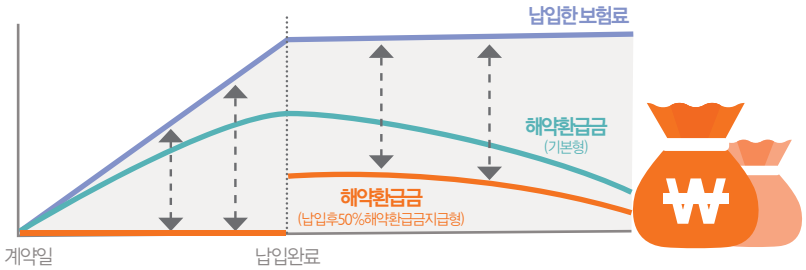


❗ **주의사항**

① 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

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

② **납입후 50%해약환급금지급형**은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지될 경우 "기본형" 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.



소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

갱신형 보험

✓ 갱신 시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 갱신 시 보험료가 변동되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.

! 주의사항

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



갱신 시 보험료가 인상될 수 있는 계약

담보명에 "갱신형"이 포함되어 있는 담보는 갱신형으로 운영되어 갱신 시 보험료가 인상될 수 있습니다.

- (독립특별약관)간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관)간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
- (독립특별약관)상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관)상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형)
- (독립특별약관)간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관)간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
- (독립특별약관)질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관)질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형)
- (독립특별약관) 가족일상생활중배상책임 III (대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형)
- (독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
- (독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상10일한도)(갱신형)
- (독립특별약관) 간병인사용 질병입원비(1일이상10일한도)(갱신형)
- (독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상10일한도)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 간병인사용 상해입원비(1일이상10일한도)(갱신형)
- (독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년간액지급)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한, 1년간액지급)(갱신형)
- (독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한, 1년간액지급)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한, 1년간액지급)(갱신형)
- (독립특별약관) 감상선암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 감상선암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(갱신형)
- (독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(갱신형)
- (독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(갱신형)
- (독립특별약관) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한, 1년간액지급)(갱신형)
- (독립특별약관)암(감상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관)암(감상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)
- (독립특별약관)감상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관)감상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(연간1회한, 급여)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(연간1회한, 급여)(갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득50% 이상, 최초1회한, 급여)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득50% 이상, 최초1회한, 급여)(갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득100% 이상, 최초1회한, 급여)(3N5간편, 갱신형)

소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

갱신형 보험 / 실손보상형담보



- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득 100% 이상, 최초 1회한, 급여)(갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득 200% 이상, 최초 1회한, 급여)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득 200% 이상, 최초 1회한, 급여)(갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득 300% 이상, 최초 1회한, 급여)(3N5간편, 갱신형)
- (독립특별약관) 상해질병치료지원금(중위소득 300% 이상, 최초 1회한, 급여)(갱신형)
- 질병입원비(1일 이상 180일 한도)(3N5간편, 갱신형)
- 질병입원비(1일 이상 180일 한도)(갱신형)
- 질병수술비(3N5간편, 갱신형)
- 질병수술비(갱신형)
- 암(4대유사암제외) 진단비(3N5간편, 갱신형)
- 암(4대유사암제외) 진단비(갱신형)
- 10대고액치료비암진단비(3N5간편, 갱신형)
- 10대고액치료비암진단비(갱신형)
- 4대유사암진단비(3N5간편, 갱신형)
- 4대유사암진단비(갱신형)
- 암(4대유사암제외) 수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)
- 암(4대유사암제외) 수술비(1회한)(갱신형)
- 뇌혈관질환진단비(3N5간편, 갱신형)
- 뇌혈관질환진단비(갱신형)
- 뇌졸중진단비(3N5간편, 갱신형)
- 뇌졸중진단비(갱신형)
- 뇌혈관질환수술비(수술 1회당)(3N5간편, 갱신형)
- 뇌혈관질환수술비(수술 1회당)(갱신형)
- 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)
- 뇌혈관질환수술비(1회한)(갱신형)허혈성심장질환진단비(3N5간편, 갱신형)
- 허혈성심장질환진단비(갱신형)
- 급성심근경색증진단비(3N5간편, 갱신형)
- 급성심근경색증진단비(갱신형)
- 허혈성심장질환수술비(수술 1회당)(3N5간편, 갱신형)
- 허혈성심장질환수술비(수술 1회당)(갱신형)
- 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형)
- 허혈성심장질환수술비(1회한)(갱신형)
- 질병수술비(특정 5대 질병제외)(3N5간편, 갱신형)
- 질병수술비(특정 5대 질병제외)(갱신형)
- 124대 질병수술비(3N5간편, 갱신형)
- 124대 질병수술비(갱신형)
- 상해 1-5종 수술비Ⅲ(3N5간편, 갱신형)
- 상해 1-5종 수술비Ⅲ(갱신형)
- 질병 1-5종 수술비Ⅲ(3N5간편, 갱신형)
- 질병 1-5종 수술비Ⅲ(갱신형)
- 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편, 갱신형)
- 심혈관특정질환 I 진단비(갱신형)
- 심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편, 갱신형)
- 심혈관특정질환 II 진단비(갱신형)
- 심혈관특정질환 I (기타 심장 부정맥제외) 진단비(3N5간편, 갱신형)
- 심혈관특정질환 I (기타 심장 부정맥제외) 진단비(갱신형)
- 암(4대유사암제외) 수술비Ⅱ(수술 1회당)(3N5간편, 갱신형)
- 암(4대유사암제외) 수술비Ⅱ(수술 1회당)(갱신형)
- 4대유사암수술비Ⅱ(수술 1회당)(3N5간편, 갱신형)
- 4대유사암수술비Ⅱ(수술 1회당)(갱신형)
- 뇌혈관질환(90일 면책) 진단비(3N5간편, 갱신형)
- 뇌혈관질환(90일 면책) 진단비(갱신형)
- 뇌졸중(90일 면책) 진단비(3N5간편, 갱신형)
- 뇌졸중(90일 면책) 진단비(갱신형)
- 허혈성심장질환(90일 면책) 진단비(3N5간편, 갱신형)

소비가 반드시 알아두어야 할 유의사항

갱신형 보험 / 실손보상형담보



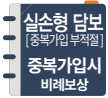
- 허혈성심장질환(90일면책)진단비(갱신형)
- 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편, 갱신형)
- 급성심근경색증(90일면책)진단비(갱신형)
- 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편, 갱신형)
- 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형)
- 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편, 갱신형)
- 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(갱신형)
- 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편, 갱신형)
- 중증질환자(암)산정특례대상진단비(갱신형)
- 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편, 갱신형)
- 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형)
- 상해수술비(3N5간편, 갱신형)
- 상해수술비(갱신형)
- 질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편, 갱신형)
- 질병후유장해(3-100%)(1804)(갱신형)
- 상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편, 갱신형)
- 상해후유장해(3-100%)(1804)(갱신형)

실손보상형담보

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

! 주의사항

- ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입하더라도 실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다. (중복 가입 시 비례 보상)
- ② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.



실손보상형 담보

- 자동차사고대인벌금 II (스쿨존사고외2천만원한도, 실손, 운전자용)
- 자동차사고대물벌금(실손, 운전자용)
- 자동차사고변호사선임비용(정식재판청구포함)(실손, 운전자용)
- 대인형사합의실손비(중대법규위반, 42일미만, 운전자용)
- 대인형사합의실손비(운전자용)
- (독립특별약관) 가족일상생활중배상책임 III (대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형)
- 자동차사고변호사선임비용(경찰조사포함)(실손, 운전자용)

소비가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험 / 유병력자보험 / 금리연동형보험 / 예금자보호

☑ 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성



보장성보험

[사망, 장애, 질병 등]

! 주의사항

- ① 이 보험은 상해, 질병보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하기에 적합하지 않습니다.
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.



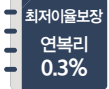
금리연동형 보험

[적용금리 변동]

! 주의사항

- ① 이 보험의 계약자 적립액 산출에 적용되는 이율은 매월 변동 됩니다.
- ② 동 이율은 납입한 주계약(또는 적립) 보험료에서 계약체결, 유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용 됩니다.
- ③ 이 보험의 최저보증이율*은 연복리 0.3% 입니다.

* 자산운용이익률 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도



연복리

0.3%



유병력자보험

[일반인가입불가]

질병
있어도 OK

! 주의사항

- ① 이 보험은 질병을 앓고 있거나 과거 병력이 있는 소비자가 간단한 심사절차를 통해 가입할 수 있는 상품입니다.
- ② 일반보험 상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입한 경우 불리할 수 있습니다.

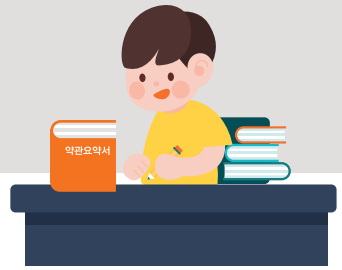


예금자 보호제도에 관한 사항

! 주의사항

- ① 이 보험은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.
- ② 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)과 기타 지급금을 합하여 1인당 "최고5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

보험계약시 알아두실 사항



✓ 청약을 철회할 수 있는 권리

계약자는 **보험증권을 받은 날부터 15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



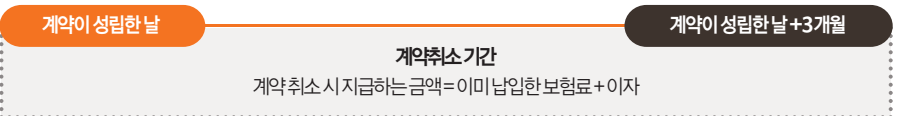
! 청약철회가 불가한 경우

- ① 청약일부터 30일(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
- ② 회사가 건강상태진단을 지원하는 계약
- ③ 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

✓ 보험계약을 취소할 수 있는 권리

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

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



✓ 보험계약의 무효

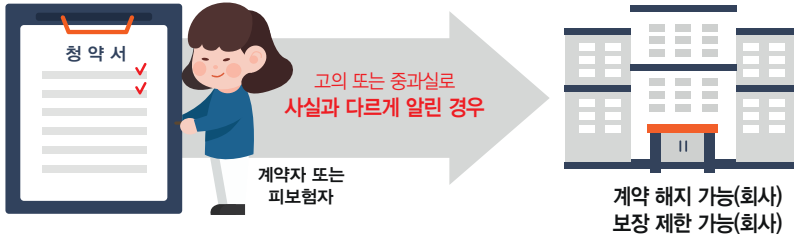
보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

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

보험계약전 알릴의무를 잘 지키셨나요?

☑ 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

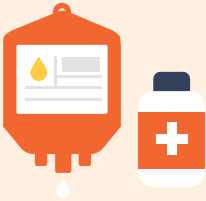
보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 반드시 **사실대로 알려야 합니다.**



! 주의사항

- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게 구두로 알렸을 경우 **보험계약前 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.

📖 민원사례로 알아보는 예시상황



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

보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

⚖️ 판례로 알아보는 법률지식



대법원 2007. 6. 28 선고 2006다59837

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

보험계약후 계약에 변동사항은 없으신가요?

☑ 보험계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생한 경우 지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 위반하는 경우 **보험금 지급이 제한될** 수 있습니다.

보험계약후 알릴의무

아래와 같은 변경사항이 발생한 경우 반드시 보험회사에 알려주셔야 합니다.



직업·직무 변경

or



운전목적 변경

or



운전여부 변경

or



이륜차 등 사용

! 보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.



고객님께서 알고 계신 내용과 다르거나 혹은 변경해야 할 사항이 있는 경우 담당 영업가족 또는 고객상담센터로 연락주시기 바랍니다.

한화손해보험 고객상담센터 1566-8000

☑ 보험료 납입연체* 및 보험계약의 해지

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

* 보험료 납입연체 보험료 납입이 연체중인 경우

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

보험계약 해지 예시

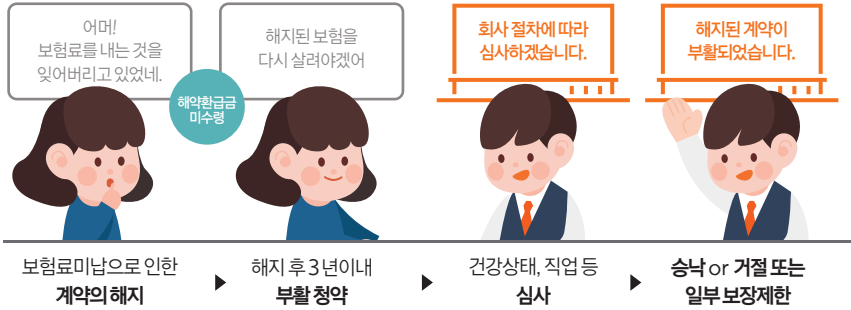


해지된 보험을 부활시킬 수 있습니다.

☑ 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

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

보험계약 부활 절차



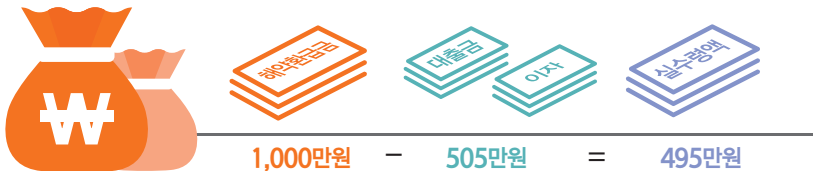
! 주의사항

보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.**

☑ 보험계약대출

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

해약환급금 예시



! 주의사항

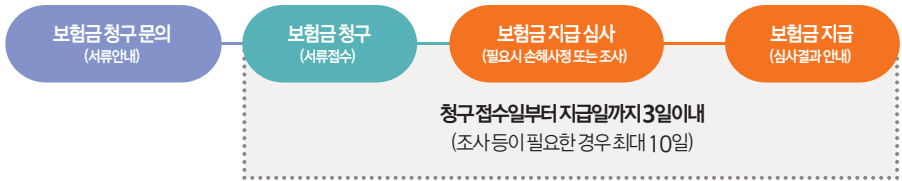
- ① 상환하지 않은 보험계약대출금 및 이자는 해약환급금 또는 보험금에서 차감될 수 있습니다.
- ② 순수보장성보험 등 보험상품 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율을 반드시 확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구절차를 안내해 드립니다.

☑ 보험금 청구절차 및 서류

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유에 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)

보험금청구 절차



보험금 청구 서류

구분	진단서	입.퇴원확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실확인서류	공통
사망	○(사망진단서)					청구서 신분증
장해	○(장해진단서)					
진단	○				○(검사결과지 등)	
입원	△	○				
수술	△		○			
실손	△	○(입원시)	○(수술시)	○(통원시)		

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

! 주의사항

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

신용정보 제공 활용에 대한 고객권리 안내문

☑ 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제후회사 등에 대한 정보의 제공·활용 등 여여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제 3자에 대한 정보의 제공·활용 동의하지 않으시는 경우에는 제후·부가 서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다. 또한, 한화손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님의게 발생한 손해에 대해 관계 법령등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

☑ 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제 3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.



본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

대표전화 1566-8000 / 홈페이지 <http://www.hwgeneralins.com>

※ 단, 신규거래고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 개인정보관리보호인 또는 대한손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인

(02) 316-0475
서울시 영등포구 여의대로
56 한화금융센터
한화손해보험 준법감시인

손해보험협회 개인정보보호담당자

(02) 3702-8603
서울시 종로구 종로5길 68 코
리안리빌딩

금융감독원 개인정보보호담당자

(02) 3145-5427
서울시 영등포구 여의대로
38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

신용정보 제공사실 통보요구 및 오류정보 정정요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 고객센터 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

신용정보 제공사실 통보요구권(법 제35조)

고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보요구할 수 있는 권리

신용정보 열람 및 정정요구권(법 제38조)

고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정요구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금감위에 시정요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 코리아크레딧뷰 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다.

- 한국신용정보(주) ☎ 02-2122-4000 홈페이지 www.nice.co.kr
- 한국신용평가정보(주) ☎ 02-3771-1000 홈페이지 www.kisinfo.com
- 서울신용평가정보(주) ☎ 02-3445-5000 홈페이지 www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰(주) ☎ 02-708-1000 홈페이지 www.koreacb.com

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

☑ 상담안내 및 보험분쟁조정

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 **한화손해보험** 고객센터센터로 연락하시고, 처리결과에 이의가 있으면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.



한화손해보험 고객센터센터 1566-8000

서울시 영등포구 여의대로 56(여의도동) 한화손해보험 고객센터센터



금융감독원 1332

서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원

보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

한화손해보험

www.hwgeneralins.com
Phone 02-316-0592
Fax 02-316-0593

금융감독원

www.fss.or.kr
Phone 1332

금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원

www.insucop.fss.or.kr
Phone 1332 / 02-3145-5114

목 차

가입자 유의사항	15
주요내용 요약서	19
보험금 청구 구비서류 안내	23
보험금 청구절차 및 알아두실 내용	33
보험 가입부터 보험금 지급까지	35
주요 민원사례 안내	37
주요 보험용어 해설	39
주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시	41
뇌 및 심혈관 질환 위험보장 대상 질병	45
주요 치매관련 보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시	47
종별 납입면제에 관한 사항 예시	49

무배당 3N5 WELL100 실속간편건강보험(간편고지형) 보통약관

[제1절. 공통조항]

제1관. 목적 및 용어의 정의	53
제1조(목적)	53
제2조(용어의 정의)	53
제2관. 보험금의 지급	56
제3조(보험금의 지급사유)	56
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	56
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	56
제6조(보험금 지급사유의 통지)	56
제7조(보험금의 청구)	56
제8조(보험금의 지급절차)	56

제9조(공시이율의 적용 및 공시)	57
제10조(중도인출에 관한 사항)	58
제11조(만기환급금의 지급)	58
제12조(보험금을 받는 방법의 변경)	58
제13조(주소변경통지)	59
제14조(보험수익자의 지정)	59
제15조(대표자의 지정)	59
제16조(계약 전 알릴 의무)	59
제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	59
제17조(상해보험계약 후 알릴 의무)	59
제18조(알릴 의무 위반의 효과)	60
제19조(사기에 의한 계약)	61
제4관. 보험계약의 성립과 유지	62
제20조(보험계약의 성립)	62
제21조(청약의 철회)	62
제22조(약관교부 및 설명의무 등)	62
제23조(계약의 무효)	63
제24조(계약내용의 변경 등)	64
제25조(보험나이 등)	65
제26조(계약의 소멸)	65
제5관. 보험료의 납입	65
제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	65
제28조(제2회 이후 보험료의 납입)	66
제29조(보험료의 납입면제)	66
제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	66
제31조(보험료의 자동대출납입)	66
제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	67
제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	67
제34조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	67

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등	68
제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	68
제35조의2(위법계약의 해지)	68
제36조(중대사유로 인한 해지)	68
제37조(회사의 파산선고와 해지)	69
제38조(해약환급금)	69
제39조(보험계약대출)	69
제40조(배당금의 지급)	70

제7관. 분쟁조정 등	70
제41조(분쟁의 조정)	70
제42조(관할법원)	70
제43조(소멸시효)	70
제44조(약관의 해석)	70
제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	70
제46조(회사의 손해배상책임)	71
제47조(개인정보보호)	71
제48조(준거법)	71
제49조(예금보험에 의한 지급보장)	71

[제2절. 보장조항]

1. 상해80%이상후유장해(1804)(3N5간편) 보장	72
제1조(보험금의 지급사유)	72
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)	72
제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)	73
제4조(보장의 소멸)	73

[제3절. 납입면제조항]

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)	74
제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)	74
제3조(“금성심근경색증”의 정의 및 진단확정)	74
제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)	75
제5조(보험료의 납입면제)	75
제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	75

제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)	76
제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)	77

무배당 3N5 WELL100 실속간편건강보험(간편고지형) 특별약관

1. 상해관련 특별약관	79
1-1. 상해사망(3N5간편) 특별약관	81
1-2. 상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편), 상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형) 특별약관	81
1-3. 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편), 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	83
1-4. 상해입원비(4일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	83
1-5. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	84
1-6. 상해중환자실입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관	85
1-7. 상해중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	86
1-8. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	87
1-9. 상해수술동반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편) 특별약관	88
1-10. 상해수술동반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	90
1-11. 상해간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	92
1-12. 상해수술비(3N5간편), 상해수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관	94
1-13. 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편), 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관	95
1-14. 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편)	97
1-15. 상해상급종합병원수술비(3N5간편) 특별약관	101
1-16. 상해성뇌출혈수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관	102
1-17. 골절(치아파절제외)진단비(3N5간편) 특별약관	104
1-18. 골절(치아파절포함)진단비(3N5간편) 특별약관	104
1-19. 5대골절진단비(3N5간편) 특별약관	104
1-20. 화상진단비(3N5간편) 특별약관	105
1-21. 화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한)(3N5간편) 특별약관	105
1-22. 특정상해성뇌출혈진단비(3N5간편) 특별약관	106
1-23. 중증화상및부식진단비(3N5간편) 특별약관	107
1-24. 중증화상산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관	108
1-25. 중증외상산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편) 특별약관	111
1-26. 골절수술비(3N5간편) 특별약관	112

1-27. 5대골절수술비(3N5간편) 특별약관	114
1-28. 화상수술비(3N5간편) 특별약관	115
1-29. 자동차사고부상발생금(1-14급,차등지급) 특별약관	116

2. 질병관련 특별약관 119

2-1. 질병사망(3N5간편) 특별약관	121
2-2. 질병80%이상후유장해(1804)(3N5간편) 특별약관	121
2-3. 질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편), 질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형) 특별약관	123
2-4. 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편), 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	125
2-5. 질병입원비(4일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	127
2-6. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	128
2-7. 질병중환자실입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관	129
2-8. 질병중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	131
2-9. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	132
2-10. 질병간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	134
2-11. 질병수술비(3N5간편), 질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관	136
2-12. 질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편), 질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편,갱신형) 특별약관	138
2-13. 질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편), 질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관	140
2-14. 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편) 특별약관	144
2-15. 질병상급종합병원수술비(3N5간편) 특별약관	148
2-16. 질병수술동반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편) 특별약관	150
2-17. 질병수술동반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	153
2-18. 124대질병수술비(3N5간편), 124대질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관	157
2-19. 7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편) 특별약관	159
2-20. 특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	162
2-21. 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편), 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	163
2-22. 4대유사암진단비(3N5간편), 4대유사암진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	166
2-23. 10대고액치료비암진단비(3N5간편), 10대고액치료비암진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	168
2-24. 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편),	

중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	170
2-25. 암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양병원제외,4일이상120일한도)(3N5간편) 특별약관	174
2-26. 암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (4일이상90일한도)(3N5간편) 특별약관	177
2-27. 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	180
2-28. 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(3N5간편) 특별약관	182
2-29. 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편), 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관	185
2-30. 4대유사암수술비 II (수술1회당)(3N5간편), 4대유사암수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관	187
2-31. 암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편), 암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	189
2-32. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관	192
2-33. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관	194
2-34. 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	196
2-35. 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편) 특별약관	198
2-36. 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편) 특별약관	199
2-37. 말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)(3N5간편) 특별약관	200
2-38. 특정양성뇌종양진단비(3N5간편) 특별약관	202
2-39. 뇌혈관질환진단비(3N5간편), 뇌혈관질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	203
2-40. 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편), 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	206
2-41. 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편), 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관	208
2-42. 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편), 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편))(갱신형) 특별약관	210
2-43. 뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	211
2-44. 뇌혈관질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	212
2-45. 뇌졸중진단비(3N5간편), 뇌졸중진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	213
2-46. 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편), 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	215
2-47. 뇌졸중수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관	218
2-48. 뇌졸중수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관	219

2-49. 뇌혈관특정질환진단비(3N5간편) 특별약관	220
2-50. 뇌출혈진단비(3N5간편) 특별약관	222
2-51. 뇌출혈(90일면책)진단비(3N5간편) 특별약관	223
2-52. 뇌출혈수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관	224
2-53. 뇌출혈수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관	225
2-54. 뇌경색증혈전용해치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관	227
2-55. 뇌전증진단비(3N5간편) 특별약관	228
2-56. 허혈성심장질환진단비(3N5간편), 허혈성심장질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	229
2-57. 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편), 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	231
2-58. 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편), 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관	234
2-59. 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편), 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	235
2-60. 허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	237
2-61. 허혈성심장질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	237
2-62. 급성심근경색증진단비(3N5간편), 급성심근경색증진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	238
2-63. 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편), 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	240
2-64. 급성심근경색증수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관	243
2-65. 급성심근경색증수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관	244
2-66. 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	246
2-67. 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	247
2-68. 심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	248
2-69. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관	250
2-70. 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회한)(3N5간편) 특별약관	251
2-71. 계속암(재진단암)진단비 II (3N5간편) 특별약관	255

2-72. 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비(3N5간편) 특별약관	260
2-73. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비(3N5간편) 특별약관	265
2-74. 심근병증진단비(3N5간편) 특별약관	266
2-75. 만성호흡기질환진단비(3N5간편) 특별약관	267
2-76. 말기폐질환진단비(3N5간편) 특별약관	268
2-77. 특정전염병발생금(3N5간편) 특별약관	269
2-78. 대상포진진단비(3N5간편) 특별약관	270
2-79. 대상포진눈병진단비(3N5간편) 특별약관	271
2-80. 통풍진단비(3N5간편) 특별약관	272
2-81. 특정천공진단비(3N5간편) 특별약관	272
2-82. 특정천공동반질병진단비(3N5간편) 특별약관	273
2-83. 특정천공동반게실병진단비(3N5간편) 특별약관	274
2-84. 파킨슨병진단비(3N5간편) 특별약관	275
2-85. 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관	278
2-86. 조혈모세포이식수술비(1회환)(3N5간편) 특별약관	279
2-87. 갑상선기능항진증치료비(1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	280
2-88. 특정노동맥질환혈관색전술치료비(연간1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	281
2-89. 관상동맥성형술치료비(연간1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	282
2-90. 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	283
2-91. 특정유방병변진공흡인절제치료비(1회환)(3N5간편) 특별약관	284
2-92. 갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	285
2-93. 유방바늘생검조직병리검사비(연간1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	286
2-94. 보험료납입면제대상보장(4대사유)(3N5간편) 특별약관	287
2-95. 보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)(3N5간편) 특별약관	291

3. 상해 및 질병 관련 특별약관 **295**

3-1. 상해질병치료지원금(연간1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	297
3-2. 상해질병치료지원금(중위소득50%이상,최초1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	300
3-3. 상해질병치료지원금(중위소득100%이상,최초1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	302
3-4. 상해질병치료지원금(중위소득200%이상,최초1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	305
3-5. 상해질병치료지원금(중위소득300%이상,최초1회환,급여)(3N5간편) 특별약관	308
3-6. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회환)(3N5간편), 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회환)(3N5간편,갱신형) 특별약관 311	
3-7. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회환)(3N5간편),	

중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회환)(3N5간편,갱신형) 특별약관 ...	313
3-8. 중증치매 I 산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관	315
3-9. 중증치매 II 산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관	319
3-10. 장기요양진단비(1등급)(3N5간편) 특별약관	323
3-11. 장기요양진단비(1-2등급)(3N5간편) 특별약관	325
3-12. 장기요양진단비(1-3등급)(1804)(3N5간편) 특별약관	327
3-13. 장기요양진단비(1-4등급)(3N5간편) 특별약관	329
3-14. 장기요양진단비(1-5등급)(3N5간편) 특별약관	331
3-15. 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(3년지급형)(3N5간편) 특별약관	332
3-16. 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(5년지급형)(3N5간편) 특별약관	336
3-17. 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(10년지급형)(3N5간편) 특별약관	340
3-18. 중증치매진단비Ⅲ(90일이상)(3N5간편) 특별약관	344
3-19. 중등도이상치매진단비(90일이상)(3N5간편) 특별약관	347
3-20. 경증이상치매진단비(90일이상)(3N5간편) 특별약관	351
3-21. 장루(인공항문)조성수술비(수술1회당,급여) 특별약관	354
3-22. 추간판장애수술비(3N5간편) 특별약관	354
3-23. 관절증(엉덩,무릎)수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관	356
3-24. 5대장기이식수술비(1회환)(3N5간편) 특별약관	357
3-25. 각막이식수술비(1회환)(3N5간편) 특별약관	358
3-26. 유방절제수술비(1회환)(3N5간편) 특별약관	360
3-27. 창상봉합술치료발생금(안면부제외, 1일1회,5cm이상,연간3회환,급여)(3N5간편) 특별약관	361
3-28. 김스치료비 특별약관	362
3-29. 응급실내원치료비(응급) 특별약관	362
3-30. 응급실내원치료비(비응급) 특별약관	363
4. 비용손해 관련 특별약관	367
4-1. 자동차사고대인벌금Ⅱ(스쿨존사고외2천만원한도,실손,운전자용) 특별약관	369
4-2. 자동차사고대물벌금(실손,운전자용) 특별약관	370
4-3. 자동차사고변호사선임비용(정식재판청구포함)(실손,운전자용) 특별약관	371
4-4. 자동차사고변호사선임비용(경찰조사포함)(실손,운전자용) 특별약관	373
4-5. 대인형사합의실손비(운전자용) 특별약관	375

4-6. 대인형사합의실손비(중대법규위반,42일미만,운전자용) 특별약관	377
4-7. 면허정지일당(120일한도,영업용운전자용) 특별약관	379
4-8. 면허취소발생금(영업용운전자용) 특별약관	379
5. (독립특별약관) 무배당 특정항암약물치료비(갱신형) 특별약관	381
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	398
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	403
갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	408
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	412
6. (독립특별약관) 무배당 특정항암방사선치료비(갱신형) 특별약관	421
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	438
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	440
7. (독립특별약관) 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관	447
간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	466
상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편,갱신형) 특별약관	469
간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	471
질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편,갱신형) 특별약관	474
간병인사용상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	476
간병인사용질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	479
간병인사용상해입원비(1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	482
간병인사용질병입원비(1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	485
8. (독립특별약관) 무배당 다빈치료봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관	491
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치료봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	508
갑상선암및전립선암다빈치료봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	511
9. (독립특별약관) 무배당 상해질병치료지원금(갱신형) 특별약관	517
상해질병치료지원금(연간1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	535

상해질병치료지원금(중위소득50%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	538
상해질병치료지원금(중위소득100%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	540
상해질병치료지원금(중위소득200%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	543
상해질병치료지원금(중위소득300%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	546

10. (독립특별약관) 무배당 가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원))

공제)(갱신형) 특별약관	551
가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관	569

무배당 3N5 WELL100 실속간편건강보험(간편고지형) 제도성 특별약관

1. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관	575
2. 보험료자동납입 특별약관	575
3. 지정대리청구서비스 특별약관	576
4. 전자서명 특별약관	577
5. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	578
6. 대인형사합의실손비(스쿨존사고,어린이42일미만진단,운전자용) 추가보장 특별약관	578
7. 대인형사합의실손보장 공탁금 선지급 특별약관	581
8. 보장특약 자동갱신 특별약관	581
9. 가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관	582

무배당 3N5 WELL100 실속간편건강보험(간편고지형) 별표 및 부록

【별표1】 장해분류표	587
〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표	606
【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	607
【별표3】 골절(치아파절제외) 분류표	608
【별표4】 골절 분류표	609
【별표5】 5대골절 분류표	610
【별표6】 화상 분류표	610
【별표7】 자동차사고 부상등급표	610
【별표8】 특정5대질병 분류표	620
【별표9】 124대질병 분류표	622

【별표10】 7대기관질병 분류표	632
【별표11】 약성신생물 분류표	633
【별표12】 제자리신생물 분류표	634
【별표13】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	635
【별표14】 10대고액치료비암 분류표	636
【별표15】 특정8대기관 양성종양 및 폴립 분류표	637
【별표16】 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표	638
【별표17】 급여 항암방사선치료 분류표	640
【별표18】 급여 항암약물 분류표	642
【별표19】 특정양성뇌종양 분류표	643
【별표20】 뇌혈관질환 분류표	643
【별표21】 뇌졸중 분류표	644
【별표22】 뇌출혈 분류표	644
【별표23】 허혈성심장질환 분류표	645
【별표24】 급성심근경색증 분류표	645
【별표25】 만성호흡기질환 분류표	646
【별표26】 말기폐질환 분류표	647
【별표27】 특정전염병 분류표	648
【별표28】 대상포진 분류표	649
【별표29】 대상포진눈병 분류표	649
【별표30】 통풍 분류표	649
【별표31】 독감(인플루엔자) 분류표	650
【별표32】 급여 갑상선절제술 분류표	650
【별표33】 교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서	651
【별표34】 1-5종수술 분류표	652
【별표35】 1-8종수술 및 시술 분류표	658
【별표36】 뇌혈관특정질환 분류표	681
【별표37】 심혈관특정질환 I 분류표	681
【별표38】 심혈관특정질환 II 분류표	682
【별표39】 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외) 분류표	682
【별표40】 급여 장루조성술 분류표	682
【별표41】 특정뇌동맥질환 분류표	684
【별표42】 뇌전증 분류표	684
【별표43】 심근병증 분류표	684

【별표44】 파킨슨병 분류표	685
【별표45】 급여 혈관색전술 분류표	686
【별표46】 급여 관상동맥성형술 분류표	686
【별표47】 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표	687
【별표48】 여성 특정유방질환 분류표	688
【별표49】 특정천공 분류표	689
【별표50】 특정천공동반질병 분류표	689
【별표51】 특정천공동반계실병 분류표	690
【별표52】 추간판장애 분류표	690
【별표53】 관절증(엉덩, 무릎) 분류표	691
【별표54】 상해성뇌출혈 분류표	692
【별표55】 특정상해성뇌출혈 분류표	693
【별표56】 유방절제수술 분류표	693
【별표57】 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표	693
【별표58】 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표	695
【별표59】 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표	696
【별표60】 급여 갑상선바늘생검조직병리검사 분류표	696
【별표61】 본인일부부담금 산정특례 암질환의 상병	696
【별표62】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병	697
【별표63】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술	698
【별표64】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병	699
【별표65】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술	700
【별표66】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분	702
【별표67】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병	702
【별표68】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술	703
【별표69】 본인일부부담금 산정특례 중증치매 I 의 상병	705
【별표70】 본인일부부담금 산정특례 중증치매 II 의 상병	706
【부 록】 약관에서 인용된 법령	709

가나다순 특별약관 색인 757

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

1. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 사실대로 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수도 있습니다.
- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써만 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- ☑ 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 부활(효력회복)

- ☑ 부활(효력회복)계약의 “암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 4대유사암 및 특정유사암의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다. 또한, 말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)(3N5간편), 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비(3N5간편) 특별약관, (독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관, (독립특별약관) 무배당 특정항암방사선치료비(갱신형) 특별약관 및 (독립특별약관) 무배당 특정항암 약물치료비(갱신형) 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.
- ☑ 부활(효력회복)계약의 “파킨슨병”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.
- ☑ 부활(효력회복)계약의 “경증이상치매상태”, “중등도이상치매상태”, “중증치매상태”의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.(질병을 직접적인 원인으로 해당 치매상태가 발생한 경우에 한합니다)

3. 건강보험

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

4. 배상책임 관련 보장

- ☑ 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ☑ 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.

5. 갱신형 보장

- ☑ 갱신형 특별약관의 보험기간은 3년, 10년 또는 20년만기로, 최초가입 후 3년, 10년 또는 20년마다 갱신을 통해 보통약관 만기시까지(100/90세) 보장받을 수 있습니다.
- ☑ 갱신시 갱신일 현재의 기초유을 적용하여 갱신보험료를 계산합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초유의 변동 등의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- ☑ 갱신형 특별약관의 보험료가 인상될 경우 적립보험료 또는 적립부분 계약자적립액에서 대체납입되지 않으며, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.

6. 보험료 납입면제에 관한 사항

- ☑ 보험료 납입면제에 관한 사항은 1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 또는 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)에 가입하고 보험료를 납입한 경우에 한하여 적용합니다. 2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 또는 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)을 가입한 경우에는 적용하지 않습니다.

- ☑ 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하고 적립보험료 납입을 중지하여 드립니다.
 - 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해 상태가 된 경우
 - 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해 상태가 된 경우
 - 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우
 - “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
 - “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우
- ☑ 다만, 갱신형 특별약관, 독립특별약관, 보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)(3N5간편) 특별약관 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ☑ 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 “보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지” 조항에 따라 해지될 수 있습니다.

II. 해약환급금 관련 유의사항

- ☑ 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.
- ☑ 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
- ☑ 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 계약은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
- ☑ 회사는 계약자가 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 가입시 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- ☑ 회사는 계약자가 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 가입시 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 암 관련 보장

- ☑ 보험계약일로부터 90일 이내에 암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 단, 4대유사암 및 특정유사암으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급합니다.
또한, 말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)(3N5간편), 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비(3N5간편) 특별약관, (독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관, (독립특별약관) 무배당 특정항암방사선치료비(갱신형) 특별약관 및 (독립특별약관) 무배당 특정항암 약물치료비(갱신형) 특별약관의 경우 해당 특별약관을 따릅니다.
- ☑ 90일이 경과한 이후에도 암 진단일이 보험계약일로부터 일정기간(예: 1년 등) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.
- ☑ 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.
- ☑ 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물(제8차 개정 한국표준질병·사인분류 분류표의 분류번호 C77~C80)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

2. 뇌질환 및 심장질환 관련 보장

- ☑ 다음의 보장은 보험계약일부터 90일 이내에 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다.
뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편), 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형), 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편), 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형), 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편), 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형), 뇌출혈(90일면책)진단비(3N5간편), 뇌출혈(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형), 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편), 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형)

3. 특정질병 관련 보장

- ☑ 암, CI보험 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 열거되어 있는 질병에 한하여 보험금을 지급합니다.

4. 치매 관련 보장

- ☑ 보험계약일부터 1년 이내에 “파킨슨병”으로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ “경증이상치매상태”란 약관에 정한 “치매”로 진단확정되고 CDR척도 1점 이상의 “경증이상 인지기능의 장애”가 발생한 상태가 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- ☑ “중등도이상치매상태”란 약관에 정한 “치매”로 진단확정되고 CDR척도 2점 이상의 “중등도이상 인지기능의 장애”가 발생한 상태가 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- ☑ “중증치매상태”란 약관에 정한 “치매”로 진단확정되고 CDR척도 3점 이상의 “중증 인지기능의 장애”가 발생한 상태가 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- ☑ “경증이상치매상태”, “중등도이상치매상태”, “중증치매상태”의 경우 보험계약일부터 1년 이내에 질병을 직접적인 원인으로 해당 치매상태가 90일 이상 계속된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ “중증치매 I 산정특례대상진단비(3N5간편)”의 경우 보험계약일부터 1년 이내에 질병을 직접적인 원인으로 “중증치매 I”로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ☑ “중증치매 II 산정특례대상진단비(3N5간편)”의 경우 보험계약일부터 1년 이내에 질병을 직접적인 원인으로 “중증치매 II”로 진단받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

5. 수술 관련 보장

- ☑ 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예: 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등)에는 보험금을 지급하지 않습니다.

6. 입원 관련 보장

- ☑ 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의

지시에 따르지 않은 때에는 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

7. 상해 관련 보장

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

8. 배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- ☑ 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

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

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

- 1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액, 이하 같습니다)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 2) 위 1)에도 불구하고, 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

청약할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리고 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체관련)

다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

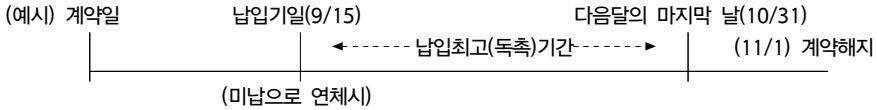
- 1) 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다) 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않으며 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
- 2) 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 3) 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이 의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 2)의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력이 없습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간(보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상)으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됩니다.



2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

- 1) 보험료 납입연체로 보험계약이 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 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.
- 2) 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 중도인출

【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 또는 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)을 가입한 경우에 한함

회사는 보장개시일부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우(최초계약에 한하여 요청이 가능하며 갱신계약은 요청이 불가합니다)에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해약환급금(단, 보통약관의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해약환급금을 한도로 하며, 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 금액을 기준으로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 또한, 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다)를 한도로 합니다.

※ 중도인출시 만기(해약)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.

9. 계약 전·후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다)
- 2) 계약 후 알릴 의무: 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 가) 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직할 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우 등
 - 나) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
 - 예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - 다) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
 - 예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - 라) 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, 전통철처, 의료용 스쿠터 등 보행 보조용 의자차는 제외합니다.)
- 3) 알릴 의무 위반의 효과: 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자, 피보험자 및 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

10. 보험금의 지급절차

- 1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임 손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 신체손해에 관한 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 가) 소송제기
 - 나) 분쟁조정 신청
 - 다) 수사기관의 조사
 - 라) 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 마) 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - 바. 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- 2) 위 1)의 가)~바)에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우(배상책임손해에 대한 보험금이 결정되기 전의 경우를 포함합니다) 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

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

보험금 청구 구비서류 안내

※ 고객편의를 위하여 비용부담이 없는 서류로 대체가능하며 사고내용이나 특성에 따라 서류를 추가로 요청할 수 있습니다. 다만, 청구보험금 200만원 초과 건은 원본(방문 또는 우편)접수 대상이나, 200만원 이하 건은 사본(팩스 등) 접수 가능합니다.

1. 상해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공동서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류) ·상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원발급가능) 및 청구서상 사고내용 6하원칙에 따라 기재 ·교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사, 경찰서 발급가능) ·산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) ·기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실 확인서)	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인서) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) ·사망진단서(시체검안서) 원본 ·사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서
후유장해	○ 후유장해진단서 ※ 장해부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다.		병원 (종합병원)

구 분	구 비 서 류	발급기관
	(예시) ·운동장해(척추,사지관절) : 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동 기능장해의 측정)(【부록】 참조)에 따라 장해 평가시점의 운동기능영역(각도)을 측정한 후 유장해진단서 ·신경계장해 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장해평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장해 ·만성신부전 : 최초혈액투석일, 환자상태기재 ·사지절단 : 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 ·인공관절치환술 : 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 ·비장, 신장, 안구적출술 : 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 ·장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부	
상해입원비	① (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서 (진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 이 모두 기재된 서류)	병원
수술비용	① (택1) 수술확인서 또는 진단서 등 (진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자가 모두 기재된 서류)	병원
골절진단비	○ (택1) 진단서 또는 진료확인서 (확정진단명, 한국질병분류코드가 모두 기재된 서류)	병원
화상진단비	○ 진단서 (확정진단명, 한국질병분류코드, 심재성 여부 필수 기재)	병원
화상진단비 (표재성포 함2도이상, 연간1회한)	○ 진단서 (확정진단명, 한국질병분류코드, 화상 정도 기재)	병원
응급비용	119구조구급증명서(가족 이용시 가족관계증명서 필요)	소방서
산정특례진단비	① 사고증명서 ② 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입) ③ 진료비계산서(산정특례적용영수증) ④ 진료기록부(검사기록지 포함)	병원

2. 질병 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
사망	필수서류	○ (택1) · 사망진단서(시체검안서) 원본 · 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필 포함) 및 피보험자 기본증명서(사망사실기재) ※ 부검을 시행한 경우 부검감정서 추가 요청 가능	병원
	수익자 미지정시 추가서류	① 상속관계 확인서류(택1) : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등 ② 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장(인감날인) 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)	관공서
후유장해	○ 후유장애진단서 ※ 장애부위별 필요 서류가 상이하므로 발급 전 보험회사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. (예시) · 운동장애(척추,사지관절) : 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정)(【부록】 참조)에 따라 장애평가시점의 운동기능영역(각도)을 측정한 후 유장애진단서 · 신경계장애 : 일상생활기본동작(ADLs) 제한 장애평가표 등 ※ (일반)진단서로 대체가능한 장애 · 만성신부전 : 최초혈액투석일, 환자상태기재 · 사지절단 : 절단부위명시, 환자상태기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술 : 치환수술일자, 부위명시, 수술명 기재, 수술기록지 첨부 · 비장, 신장, 안구적출술 : 적출일자, 부위명시, 수술기록지 첨부 · 장기전절제술 : 절제일자, 부위명시, 수술기록지 첨부		병원 (종합병원)
암진단비	① 진단서 ② 조직검사결과지 ※ 암 종류에 따라 조직검사가 어려운 경우 대체 가능 서류(혈액암 또는 조직검사 불가능한 경우) · 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 · 뇌/폐/췌장암 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT, PET 등) · 간 : 영상의학검사 판독결과지(MRI, CT 등) 및 혈액검사 결과지		병원

구 분	구 비 서 류		발급기관
암치료	호스피스 완화의료치료	① 진단서 ② 의사소견서 ③ 호스피스 이용 동의서 ④ 진료비세부내역서	병원
	특정항암호르몬 약물허가치료	① 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/감상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
	감상선암호르몬 약물허가치료	① 감상선암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/감상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
	표적항암약물 허가치료	① 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/감상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
	카티항암약물 허가치료비	① 카티항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/감상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사양식) ② 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서	
뇌질환 진단비	① 진단서 ② 정밀검사 판독결과지 (당사 홈페이지 또는 고객센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트)	병원	
심장질환 진단비	① 진단서 ② 정밀검사 판독결과지 (당사 홈페이지 또는 고객센터 통해 세부내용 확인 가능) ③ 진료차트(응급실, 초진, 입원차트)	병원	
질병입원비	○ (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서 (진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재)	병원	
수술비용	질병수술비	① (택1) 수술확인서 또는 진단서 등(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재)	병원
	특정질병수술비	① 진단서(확정진단명, 한국질병분류코드, 수술명, 수술일자 필수기재) ② (택1) 수술기록지 또는 수술확인서(진단서상 수술명, 수술일자 기재 없는 경우 추가제출) ※ 일부 수술의 경우 조직검사결과지, MRI판독지 등 추가요청 가능	

구 분	구 비 서 류	발급기관
응급비용	119구조구급증명서(가족 이용 시 가족관계증명서 필요)	소방서
산정특례 진단비	① 사고증명서 ② 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특징기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입) ③ 진료비계산서(산정특례적용영수증) ④ 진료기록부(검사기록지 포함)	병원

3. 상해 및 질병 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통 서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사 양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
상해 질병 치료 지원금	① 외래 일자별 진료비 영수증 또는 입퇴원 진료비 영수증(입원기간 필수기재) (카드전표 처리불가) ② 진료비 세부내역서 ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청가능		병원
산정특례 진단비	① 사고증명서 ② 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입) ③ 진료비계산서(산정특례적용영수증) ④ 진료기록부(검사기록지 포함)		병원

4. 교통 사고 관련 보험금 청구서류

구 분		구 비 서 류	발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 자동차사고 입증서류(아래 담보별 서류 참조)	당사양식 관공서
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인 시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서	
벌금		① (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문 ② (택1) 벌금납부영수증(반드시 벌금납부 후 청구가능) 또는 가상계좌 입금내역서 또는 통장사본	경찰서, 법원
자동차 사고 변호사 선임비용	공소 제기	○ (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문	법원, 검찰청, 교도소
	구속시	① (택1) 약식명령서(별지포함) 또는 법원 판결문 ② (택1) 구속영장, 사건처분증명원 또는 출소/재소증명원 ※ 추가서류 : 변호사 선임비용 청구서 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 ※ 경찰조사 관련 : 불송치 결정서, 불기소 이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서	
면허정지		① 운전면허정지처분결정통지서(면허정지 종료 후 발행된 확인서로 청구가능) ② 운전경력증명서	경찰서
면허취소		운전면허취소처분결정통지서(면허취소확인원)	경찰서
대인 형사합의실손비		① 교통사고 사실확인원 ② (택1) 합의금이 기재된 경찰서 제출용 형사합의서(경찰 또는 검찰 원본대조필 날인시 원본 인정) 또는 공탁서, 공탁금 출금확인서 ③ (택1) 피해자 진단서(진단주수 포함) 또는 피해자 사망진단서(시체검안서) ④ 공소장(검찰에 기소된 경우) ⑤ 피해자에게 형사합의금 입금된 내역서 및 통장사본	경찰서, 검찰청, 병원
자동차사고 부상발생금		자동차보험 지급결의서(대인 I, 자손/부상등급기재 필수)	자동차 보험 처리회사

5. 비용손해 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민 등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 기타 회사가 요구하는 증거자료	당사 양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필 수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인 시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분 증사본, 개인(신용)정보처리동의서	

6. 배상책임 관련 보험금 청구서류

구 분	구 비 서 류		발급기관
공통서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 합의서(당사자간 합의 완료시 합의금 지급 확인서)	당사양식
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증사본, 개인(신용)정보처리동의서	
	피해자 요청서류	·개인(신용)정보처리동의서(미성년자인 경우 부모(법정대리인)이 작성) ·주민등록 등본	
대인배상	○ 진단서(진료확인서) ○ 초진진료기록지 ○ 치료비영수증	병원	
대물배상	○ 피해물품의 사진 ○ 사고피해물품의 구입시기/가격의 증빙서류 ○ 수리비 견적서 ○ 수리비 영수증	구입처 수리업자	

상기 보장내용별 청구서류는 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경된 내용을 적용합니다. 따라서, 실제 보험금을 청구하실 때에는 당사 홈페이지 등을 통해 청구서류를 다시 한 번 확인하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

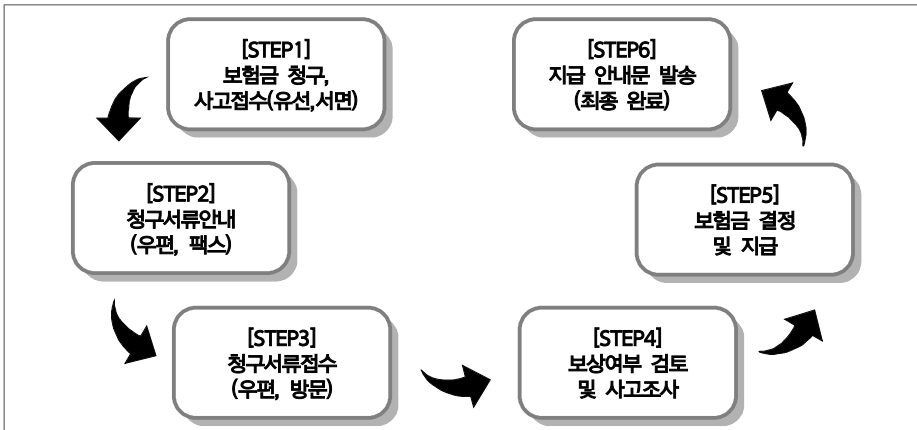
- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요 할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

□ 보험금 청구 소멸시효

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

□ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험(주)에 접수되는 경우 접수 사실과 담당자에 관한 사항(이름, 연락처)을 LMS(Long Message Service, 장문문자메시지) 또는 선택하신 방법으로 안내 드립니다.
- 보상처리 및 서류 발송과 관련한 문의 사항이 있으신 경우 해당 청구 건의 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 금융위원회에 등록된 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
* 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체
- 당사가 손해사정사 또는 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님의 별도로 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님의께서 부담하셔야 합니다.

□ 장애진단서 제출 시 유의사항

- 장애진단서를 제출 하시는 경우에는 *3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
* 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

□ 의료심사

- 상해·질병 보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 진료과목별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 한화손해보험(주)가 부담합니다.

□ 보험시간 치료비 분담지급(비례보상 적용)

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 중복 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상하며 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
- 타 보험회사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다.
- 의료비 비례분담지급과 관련하여 귀하가 원하실 경우 회사는 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 청구관련 구비서류의 제출을 대행해 드립니다. 이 경우 귀하는 회사에 다른 보험회사에 자료제출을 위한 “실손의료비 접수대행 서비스 신청서”를 제출하셔야 합니다.

□ 보험금 지급안내 및 절차 조회 방법

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgeneralins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 보험금 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액을 안내해 드립니다. 문의사항이 있는 경우에는 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ 보험금 부지급 결정 및 재심사 청구

- 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정하는 경우에는 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 해당 결정에 동의하지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

□ 예상 지급기일 및 지연이자 지급

- 상해·질병사고는 그 서류를 접수한 날부터 3영업일, 재물 및 배상책임 손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고, 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대해 안내하여 드립니다. 만일, 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

□ 주소변경 통지

- 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하고 알리지 않을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

보험 가입부터 보험금 지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다.

☞ 약관 **"약관교부 및 설명의무 등"** 조항 참조

[2단계] 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하셔야 합니다. 청약서 작성 시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜주셔야 합니다.

✓ 계약 전 알릴 의무

청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문에 대하여 사실대로 기재해 주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해약환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

✓ 피보험자 서면동의

계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의가 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

☞ 약관 **"계약 전 알릴 의무", "계약의 무효"** 조항 참조

[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

회사가 고객님이 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다.

☞ 약관 **"보험계약의 성립"** 조항 참조

[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품의 약관에서 정한 보험사고가 발생하였다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하여 보험금을 청구하시기 바랍니다. 구비서류 및 청구절차는 고객상담센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사 등)에게 문의하시면 자세히 안내받으실 수 있습니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급사유", "보험금의 청구"** 조항 참조

[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님이 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내), 배상책임 및 재산손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 보험금은 7일 이내에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 **"보험금의 지급절차"** 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 상해급수 변경으로 인한 보험가입금액 변동

[사례] 직무변경(사무직(1급) → 영업용화물차운전(3급)) 되어 보험회사 통지하였으나 보험가입금액을 기존 보다 낮춰야 한다고 함

- ☞ 회사별 인수지침은 직종이나 직무에 따른 위험도를 구분하여 상해보험에 한해 가입한도를 차등 운영하므로 현재 가입금액이 해당 영위 직종 가입한도를 초과하는 경우에는 부득이 보험가입금액을 감액하게 됩니다.

□ 계약전 알릴의무 I

[사례] 교통사고를 당하여 상대방 자동차보험으로 치료 받은 뒤 별다른 증상이 없어서 보험을 가입하면서 해당 교통사고를 미고지하였는데 해당 사유를 이유로 보험해지 통보 받음

- ☞ 현재 증상과 상관없이 청약서의 알릴사항으로 회사가 질문하는 항목에 대해서는 충실하게 답변해야 미고지로 인한 불이익을 당하지 않습니다.

□ 계약전 알릴의무 II

[사례] 갱년기 호르몬제 복용 중에 보험가입하였는데 중년 여성 대부분 복용하는 호르몬제이기 때문에 질병이나 약이라고 생각하지 않아 별도 고지하지 않았는데 해당 사유를 이유로 보험해지 통보 받음

- ☞ 청약서의 알릴사항으로 회사가 질문하는 항목에 대해서는 충실하게 답변해야 미고지로 인한 불이익을 당하지 않습니다.

□ 알릴의무 위반으로 인한 보험해지

[사례] 알릴의무 위반으로 인해 보험회사로부터 계약해지 통보를 받아 조율하고 있었으나 이후 일방적으로 계약 해지되었음

- ☞ 회사가 알릴의무 위반 사실을 안 날부터 1개월이 지나면 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없으므로 해당 기한 내에 조율이 완료되지 않으면 알릴의무 위반의 효과로 계약을 해지할 수 있습니다.

□ 모집인에게 구두로 계약전 알릴사항을 전달한 경우

[사례] 모집인에게 산후우울증 약 복용과 산부인과 진료를 모두 고지하고 보험가입하였는데 고지된 내용이 없다면 보험해지 통보 받음

- ☞ 고지 수령권이 없는 모집인에게 구두 통보한 것은 고지한 것이 아니며 청약서에 최종 기재되어야만 고지의무를 이행한 것으로 봅니다. 따라서 보험 가입 시 청약서 기재여부를 반드시 확인한 뒤 서명을 하시기 바랍니다.

□ 요청한 내용과 다른 보험 가입

[사례] 모집인에게 암보험 설계를 요청하고 가입하였는데 실제로는 다른 보험(종합보험)이 가입된 것을 계약일로부터 3년만에 알게되어 계약 취소를 요청했으나 거절 당함

- ☞ 요청한 내용이 보험계약에 그대로 반영되어 체결되었는지 반드시 확인해야 하며, 상이한 경우 계약이 성립한날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

□ 보험 유형 착오 선택

[사례] 해약환급금 일부지급형 보험 가입을 원했으나 모집인의 착오로 유형이 잘못 선택되어 기본형으로 가입되어 민원 제기

☞ 본인이 원하는 내용으로 보험계약이 체결되었는지 반드시 확인하여야 하며 만일 본인의 의도와 다르게 보험이 가입되었다면 청약의 한 날부터 30일 내에 청약의 철회할 수 있습니다.

□ 미성년자의 보험금 청구

[사례] 이혼 전 가입한 자녀보험으로 사고가 발생한 미성년 자녀의 보험금을 청구하려는데 이혼한 전 배우자의 동의가 있어야 한다고 함

☞ 보험금 수익자를 별도 지정하지 않았다면 미성년 자녀의 보험금 청구는 친권자의 동의가 반드시 있어야 합니다.

□ 진단 근거에 대한 주치의 소견 확인

[사례] 진단서 제출로 보험금 청구하였으나 보험회사로부터 주치의 면담이 필요하며 보험금 지급을 지연하여 민원 제기

☞ 회사가 보험금 지급 심사를 하는 과정에서 진단 근거에 대한 해당 주치의 소견이나 추가적인 확인이 필요할 수 있으며, 지급기일내에 지급하지 않았을 때에는 이자를 보험금에 더하여 지급합니다.

□ 보험해지 후 부활 시 면책기간 적용

[사례] 미납 보험료를 모두 납입함으로써 해지되었던 보험계약을 부활한 뒤 보험금 청구하였으나 면책기간 동안 발생한 사고는 보험금이 지급되지 않는다고 함

☞ 면책기간이 적용되는 특정 담보의 경우 보험 계약 체결 뿐만 아니라 효력을 회복하는 부활 시에도 면책기간이 동일하게 적용 됩니다.

□ 자기부담금을 제외한 보험금 지급

[사례] 가해자의 과실로 발생한 사고로 가해자가 가입한 일상생활중배상책임특별약관으로 보상받았으나, 전체 보험금 중 자기부담금을 공제한 금액이 지급됨

☞ 회사는 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금을 보상하나 피보험자가 보험을 가입하면서 정해놓은 자기부담금을 초과하는 부분에 대해서만 보상합니다.

□ 보험증권에 기재된 주택의 소유/사용/관리로 인한 사고

[사례] 새로 이사한 집에서 누수 발생하여 아래층에 손해를 입혀 일상생활중배상책임 보험금을 청구하였으나 보험증권 상의 주택이 아니라며 보험금 지급 거절함

☞ 보험증권에 기재된 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 사고를 보상하기 때문에 피보험자의 주거 이동 또는 소유변동 등으로 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체없이 통보하여야 합니다.

주요 보험용어 해설

※ 아래 표에 기재되지 않은 사항은 보통약관을 참고하시기 바라며, 해당 용어가 특별약관에서 달리 정의되는 경우는 특별약관을 따릅니다.

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
피보험자	상해·질병보장 : 보험사고의 대상이 되는 사람 비용손해보장 : 보험사고의 발생으로 손해를 입을 수 있는 사람 배상책임보장 : 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 상해·질병보장 이외의 경우에는 피보험자
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에게 지급하여야 하는 금액
보험금	피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액
계약자적립액	장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

주요 암보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시

※ 이 상품에서 암을 보장하는 보통약관 및 특별약관에는 보험계약일부터 일정기간동안 면책기간을 적용 또는 보험금을 감액하여 지급하는 보장이 포함되어 있습니다. 세부사항은 해당 특별약관을 참고하시기 바랍니다.

보 장 명	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	보험가입 금액 대비 지급금액	(최초)계약일 과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일 부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급
암(4대유사암제외)진단비 (3N5간편) (갱신형 포함)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	○
4대유사암진단비(3N5간편) (갱신형 포함)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	○
계속암(재진단암)진단비Ⅱ (3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선 암, 전립선암 제외)	100%	90일(첫번째 암) 2년(재진단암) <small>주1)</small>	X
계속암(재진단암,4대유사암포함) 진단비(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 포함)	100%	90일(첫번째 암(4대유사암 포함)) 2년(재진단암(4대유사암포함)) <small>주2)</small>	X
10대고액치료비암진단비(3N5간편) (갱신형 포함)	10대고액치료비 암	100%	90일	○
암(4대유사암제외)수술비Ⅱ (수술1회당)(3N5간편) (갱신형 포함)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	○
4대유사암수술비Ⅱ (수술1회당) (3N5간편) (갱신형 포함)	갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양	100%	X	○
암(4대유사암제외)수술비(1회한) (3N5간편) (갱신형 포함)	암 (기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	○
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ (요양병원제외,4일이상120일한도)(3N5간편), 암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ (4일이상90일한도)(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	○
	갑상선암	20%	X	○
	기타피부암, 제자리암, 경계성종양	10%	X	○

보 장 명		보험가입 금액 대비 지급금액	(최초)계약일 과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일 부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회환)(3N5간편), 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회환)(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	○
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회환)(3N5간편), 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회환)(3N5간편)	기타피부암, 갑상선암	100%	X	○
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회환,급여)(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	○
말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회환)(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암 포함)	100%	90일	○
첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비(1회환)(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	○
보험료납입면제대상보장(4대사유)(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 제외)	100%	90일	X
보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암)(3N5간편)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	약관본문 참고	X	X
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편), 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(3N5간편)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양	100% 100%	90일 X	○ ○
중증질환자(암)산정특례대상진단비, (갱신형 포함)	중증질환자 암질환 산정특례대상 질환	100%	90일	○
(독립특별약관)갑상선암호르몬약물허가치료비(1회환,1년감액지급)(3N5간편,갱신형)	갑상선암	100%	X	○

보 장 명		보험가입 금액 대비 지급금액	(최초)계약일 과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일 부터 경과기간 1년 미만 50%감액지급
(독립특별약관)암(특정유사암포함) 항암양성자방사선치료비(1회한, 1 년감액지급)(3N5간편, 갱신형), (독립특별약관)암(특정유사암포함) 항암세기조절방사선치료비(1회한, 1 년감액지급)(3N5간편, 갱신형), (독립특별약관) 암(특정유사암포함)표적항암약물허 가치료비(1회한, 1년감액지급) (3N5간편, 갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 포함)	100%	90일	○
(독립특별약관) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬 약물허가치료비(1회한, 1년감액지 급)(3N5간편, 갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)	100%	90일	○
(독립특별약관)카티(CAR-T)항암약 물허가치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형)	카티(CAR-T) 보장 대상 암	100%	90일	○
(독립특별약관)암(갑상선암및전립 선암제외)다빈치로봇수술비 (1회한)(3N5간편, 갱신형)	암(갑상선암, 전 립선암제외)	100%	90일	○
(독립특별약관)갑상선암및전립선암 다빈치로봇수술비(1회한) (3N5간편, 갱신형)	갑상선암, 전립선암	100%	90일	○

주1 첫 번째 “재진단암”의 보장개시일은 “첫번째암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 하고, 두 번째 이후 “재진단암”의 보장개시일은 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다.

주2 첫 번째 “재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일은 “첫번째암(4대유사암포함)” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 하고, 두 번째 이후 “재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일은 직전 “재진단암(4대유사암포함)” 진단 확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다.

뇌 및 심혈관 질환 위험보장 대상 질병

※ 위험보장 대상 질병은 약관의 주요내용을 요약 정리한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

□ 뇌혈관 질환

대상질병	분류 번호	뇌출혈	뇌졸중	뇌혈관 질환	뇌혈관 특정질환
거미막하출혈	160	○	○	○	
뇌내출혈	161	○	○	○	
기타 비외상성 두개내 출혈	162	○	○	○	
뇌경색증	163		○	○	
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164			○	○
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165		○	○	
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166		○	○	
기타 뇌혈관질환	167			○	○
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168			○	○
뇌혈관질환의 후유증	169			○	○

□ 심혈관 질환

대상질병	분류 번호	허혈성 심장질환	급성 심근경 색증	심혈관 특정질환 I	심혈관 특정질환 I (기타심장부 정맥제외)	심혈관 특정질 환 II
협심증	120	○		○	○	
급성 심근경색증	121	○	○			○
후속심근경색증	122	○	○			○
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123	○	○			○
기타 급성 허혈심장질환	124	○		○	○	
만성 허혈심장병	125	○		○	○	
인공소생에 성공한 심장정지	146.0					○
발작성 빈맥	147			○	○	
심방세동 및 조동	148			○	○	
기타 심장부정맥	149			○		
심부전	150			○	○	

주요 치매관련 보장 보험금 면책기간 및 감액지급금액 예시

※ 이 상품에서 치매관련 특별약관에는 보험계약일부터 일정기간동안 면책기간을 적용 또는 보험금을 감액하여 지급하는 보장이 포함되어 있습니다. 세부사항은 해당 특별약관을 참고하시기 바랍니다.

보 장 명	보험금 지급사유 발생일	구분	(최초)계약일과 부활(효력회복) 면책기간	(최초)계약일부터 경과기간 1년 미만 50%감액 지급
중증치매진단비 III (90일이상)(3N5간편)	“치매”로 진단확정되고 “중증 인지기능의 장애”가 발생한 상태가 90일간 지속	상해	X	X
		질병	O 1년	X
중등도이상치매진단비 (90일이상)(3N5간편)	“치매”로 진단확정되고 “중등도이상 인지기능의 장애”가 발생한 상태가 90일간 지속	상해	X	X
		질병	O 1년	X
경증이상치매진단비 (90일이상)(3N5간편)	“치매”로 진단확정되고 “경증이상 인지기능의 장애”가 발생한 상태가 90일간 지속	상해	X	X
		질병	O 1년	X
파킨슨병진단비 (3N5간편)	진단확정일	질병	O 1년	X
중증치매 I 산정특례대상진단비 (3N5간편)	“중증치매 I”으로 진단확정되고, 그 “중증치매 I”을 직접원인으로 “중증치매 I 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록” 되었을 경우	상해	X	X
		질병	O 1년	X
중증치매 II 산정특례대상진단비 (3N5간편)	“중증치매 II”으로 진단확정되고, 그 “중증치매 II”을 직접원인으로 “중증치매 II 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록” 되었을 경우	상해	X	X
		질병	O 1년	X

종별 납입면제에 관한 사항 예시

※ 아래 표는 종별 납입면제 관련 요약자료이므로, 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)을 참고하시기 바랍니다.

※ 이 상품에서 이 계약의 피보험자에게 보장개시일 이후 보험료 납입기간 중에 아래의 납입면제 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드리며, 보장보험료가 납입면제 된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.

구분	납입면제사유
1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형), 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)	<ul style="list-style-type: none"> - 상해로 장애분류표에서 정한 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애 상태가 된 경우 - 질병으로 장애분류표에서 정한 장애지급률이 80%이상에 해당하는 장애 상태가 된 경우 - 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우 - “뇌졸중”으로 진단확정된 경우 - “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우 <p>※ 단, 갱신형 특별약관, 독립특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대우 사암)(3N5간편) 특별약관 및 보험금 지급으로 인하여 소멸된 보장에 대해서는 보장보험료의 납입 면제를 적용하지 않습니다.</p>
2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형), 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)	<ul style="list-style-type: none"> - 납입면제를 적용하지 않습니다.

무배당 3N5 WELL100
실속간편건강보험
(간편고지형)
보통약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 계약에서 정한 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	질병·상해 보장 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
	배상책임 보장 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
	비용손해 보장 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람. 즉, 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
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 손해를 말합니다.
장해	장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
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.

용어	정의
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

3] 지급금과 이자를 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$ • 2년차 이자 = $(\frac{100\text{원}}{\text{원금}} + \frac{10\text{원}}{1\text{년치 이자}}) \times 10\% = 11\text{원}$ <p>→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</p> </div>
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>[평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령 【부록】 참조)</p> </div>
보장부분 적용이율	보장보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 말합니다.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>[해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.</p> </div>

4] 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다. (관련법령【부록】 참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
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.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2023년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료와 적립보험료의 합계액을 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
적립부분 순보험료	적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비(적립보험료는 제외)로 구분됩니다.

【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료
 적립보험료 = 적립부분 순보험료 + 부가보험료

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

보험료 = 보장보험료
 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

6 기타 관련 용어

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

용어	정의
순수보장성 보험	계약의 보험기간이 끝난 때에 지급되는 보험금(만기환급금)이 전혀 없는 보장성보험을 말합니다.

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 제1조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금은 3영업일, 배상책임 손해에 대한 보험금은 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1항의 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항의 질병·상해 및 비용손해에 관한 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우(제1항의 배상책임 손해에 대한 보험금이 결정되기 전의 경우를 포함합니다), 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

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

- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【별표2】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제18조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(공시이율의 적용 및 공시)

- ① 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)의 적립부분 순보험료에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성보험 공시이율V(이하 “공시이율”이라 합니다)로 하며, 공시이율은 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 계약의 「사업방법서」에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 객관적인 외부 지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려하여 결정합니다.
- ③ 이 계약의 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.
- ④ 회사는 제1항 및 제2항에서 정한 공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

[사업방법서]

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

[운용자산이익률]

사업방법서에 정한 방법에 따라 운용자산이익률에서 투자지출률을 차감하여 산출합니다.

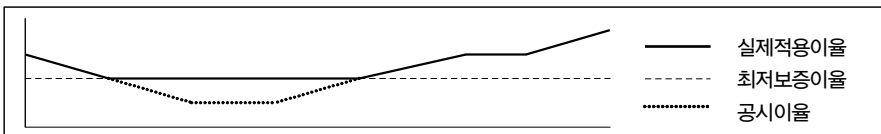
[외부지표금리]

사업방법서에 정한 방법에 따라 국고채(5년) 수익률, 회사채(무보증 3년, AA-) 수익률, 통화안정증권(1년) 수익률 및 양도성예금증서(91일) 유통수익률을 기준으로 산출합니다.

[최저보증이율]

운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우, 공시이율이 0.1%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적용됩니다. 따라서 계약자는 공시이율이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적용된 계약자적립액은 보장받을 수 있습니다.

☞ 최저보증이율 적용 예시



[공시이율의 공시]

공시이율 적용현황 및 산출방법 등은 홈페이지의 “상품공시” 내 “적용이율공시실”에서 공시합니다.

제10조(중도인출에 관한 사항)

【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

- ① 회사는 보장개시일부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해약환급금(단, 보통약관의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해약환급금을 한도로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만 중도인출금의 요청횟수는 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 또한, 계약일로부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총 합계는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다)를 한도로 합니다.
- ② 제1항의 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보험료 납입경과기간에 따라 제38조(해약환급금) 제1항에 준하여 그때까지 회사가 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 말합니다.
- ③ 제1항의 적립부분 해약환급금은 제39조(보험계약대출)에 따른 보험계약대출이 있을 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 차감한 후의 금액을 기준으로 합니다.

[중도인출시 유의사항]

중도인출시 만기(해약)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적용되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.

[중도인출금 한도 예시]

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

- 보통약관 해약환급금 : 100만원
- 적립부분 해약환급금 : 120만원

(보통약관 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적음)

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

⇒ 이미 신청한 대출금이 있는 경우(원금과 이자의 합계를 30만원으로 가정) 중도인출 가능액 = (100만원 - 30만원) × 80% = 56만원

【1종(납입후50%해약환급금지급형형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 상품은 순수보장성 보험으로 계약자는 중도인출금을 신청할 수 없습니다.

제11조(만기환급금의 지급)

【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 공시이율로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 단, 이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 중도인출금 및 해당 금액에 적용되었을 이자만큼 차감하고 지급합니다. 또한 이 약관에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 빼고 지급합니다.
- ② 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 따라 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따른 만기환급금의 지급기일이 되면 지급기일 7일 이전에 지급사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알리며, 지급기일부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【별표2】 참조)에 따릅니다.

【1종(납입후50%해약환급금지급형형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 상품은 순수보장성 보험으로 회사는 보험수익자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제12조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금

- 의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제13조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제14조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제11조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보급금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 그 이외의 경우는 피보험자로 합니다.

[법정상속인]

피상속인의 사망으로 인하여 「민법」의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제15조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입 의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)]

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 「상법」상 "고지의무"와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(「부록」 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 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.

제17조(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 취직할 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

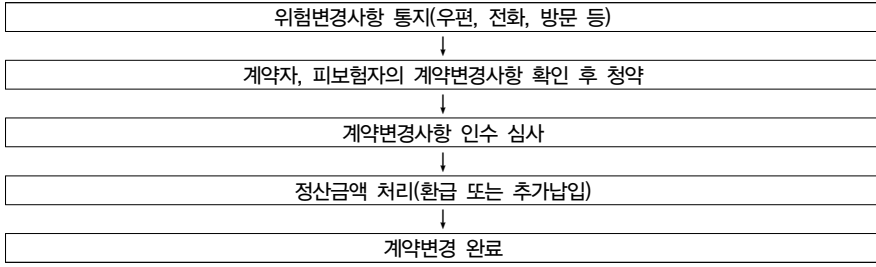
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예 : 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[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 보험보조용 의자차는 제외합니다.)
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제18조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무

가 중요한 사항에 해당하는 경우

2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 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 전자문서 제2조 제2호(【부록】 참조)에 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 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 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. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제19조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리인단, 악용사유를 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약 일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, “인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액, 이하 같습니다)를 돌려

드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제20조(보험계약의 성립)

- 1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- 2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- 3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- 4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- 6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 7 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제21조(청약의 철회)

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

[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비를자라 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비가자가 아닌 계약자를 말합니다.

- 2 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- 4 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 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.

제22조(약관교부 및 설명의무 등)

- 1 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각

호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

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

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 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.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 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 이자를 더하여 지급합니다.

제23조(계약의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 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 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명

법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의 2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

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

[심신상실자(心神喪失者)]

의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 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.

제24조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 다만, 【1종(납입후50%해약환급금지급형형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】으로 체결한 계약의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

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

- ③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 만기(해약)환급금]

보험료 등의 감액시 만기(해약)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

- ⑦ 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점

이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제25조(보험나이 등)

- 1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- 2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- 3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
- 4 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1993년 7월 2일, 계약일 : 2023년 1월 10일
⇒ 2023년 1월 10일 - 1993년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제26조(계약의 소멸)

- 1 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- 3 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- 4 제1항에도 불구하고 사망을 보장하는 약관에서 보장하는 사유로 피보험자가 사망한 경우에는 해당 약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 5 제1항 및 제4항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제38조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 6 제1항 및 제5항에 따라 계약이 소멸되는 경우 제39조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- 1 회사는 계약의 청약에 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매

출송인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동 이체 또는 매출송인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제18조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 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 합니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조(보험료의 납입면제)

- ① 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)의 경우 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제)를 따릅니다.
- ② 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)의 경우 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다

제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)의 경우 제3절, 납입면제조항 제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정), 제6조의2("상해80%이상후유장애"에 관한 세부규정) 및 제6조의3("질병80%이상후유장애"에 관한 세부규정)를 따릅니다.
- ② 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)의 경우 납입면제 미운영형 상품으로 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

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 있습니다. 이 경우 제39조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 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 더이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음

날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 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)과 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급하며, 해지 전에 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 계약을 해지하지 않고 차회 이후의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호【부록】참조에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 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 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료 중 보장보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(알릴 의무 위반의 효과), 제19조(사기에 의한 계약), 제20조(보험계약의 성립) 및 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제18조(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 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 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 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제35조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- 1 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 2 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있습니다. 피보험자의 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조의2(위법계약의 해지)

- 1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- 2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제36조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생 시킨 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 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 계약자에게 지급합니다.

제37조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제38조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제38조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)
 - 가. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
2. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편형)
 - 가. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

- 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”〔별표2〕 참조에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제35조(2)(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 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 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제

한될 수도 있습니다.

- 2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 3 제2항에도 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 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)

- 1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- 2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

보험금 청구권, 만기환급금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2023년 1월 1일에 발생하였음에도 2026년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

- 1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- 2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- 3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- 1 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 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 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계법령 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.

제47조(개인정보보호)

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

제48조(준거법)

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

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

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

제2절. 보장조항

1. 상해80%이상후유장해(1804)(3N5간편) 보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 보장의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 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, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 - 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
 - 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내
- 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 보험금을 지급하지 않습니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 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 후유장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
 - 이 보장의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 - 상기 제1호 이외에 이 보장의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

【제1호 관련 예시】

보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

【제2호 관련 예시】

보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 보장은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상태 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 수상 보트, 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제4조(보장의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장애보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 보장은 소멸되며, 이 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 보장에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 보장은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 보장의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제3절. 납입면제조항

- ※ 【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 또는 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 가입시에만 적용합니다.
【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】 또는 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】 가입시에는 해당 납입면제조항을 적용하지 않습니다.

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- 이 계약에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “진암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험료의 납입 면제를 적용하며, 이차성암에 대해서는 납입면제를 적용하지 않습니다.

다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험료의 납입면제를 적용합니다.

- 예시

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

- “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- 이 계약에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 보험료 납입기간 중 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- 이 계약에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말

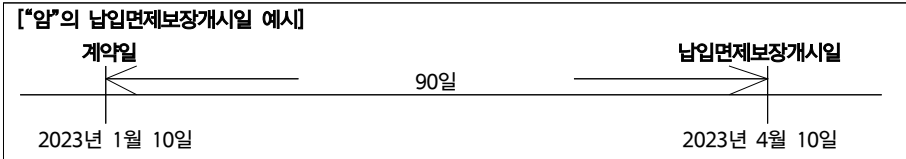
하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 활영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 보험료 납입기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험료 납입기간 중 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)

- ① 제1절. 공동조항 제27조(제회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 납입면제보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



- ② 해지계약을 제1절. 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 “암”에 대한 납입면제보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제5조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자에게 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
1. 상해의 직접결과로서 장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우(이하 “상해80%이상후유장애”라 합니다)
 2. 진단확정된 질병의 직접결과로서 장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우(이하 “질병80%이상후유장애”라 합니다)
 3. 제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 납입면제보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정된 경우
 4. “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
 5. “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우
- ② 제1항에 따른 보장보험료 납입면제 대상이 피보험자 본인인 경우에는 차회 이후의 적립보험료 납입이 중지됩니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 갱신형 특별약관에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ⑤ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제1절. 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

제6조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암”에 대한 납입면제보장개시일(이하 “암납입면제보장개시일”이라 합니다) 전일 이전에 “암”으로 진단확정되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 암(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입

면제를 적용합니다.

- ③ 제1절. 공동조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 「안납입면제보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제1절. 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 제1절. 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)

- ① 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 - 1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
 - 2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.
- ④ 계약자와 회사가 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 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 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
 - 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 납입면제사유가 되지 않았던 장해
 - 2. 상기 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 납입면제사유가 되지 않았던 장해 또는 납입면제가 되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]

보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]

보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 상해로 인한 장해의 최종 장해지급률로 결정합니다.

제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)

- ① 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해상태에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.
- ④ 계약자와 회사가 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 보험료의 납입면제사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료의 납입면제사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 최종 장해지급률을 결정합니다. 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 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 납입면제사유가 되지 않았던 장해
 2. 상기 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 납입면제사유가 되지 않았던 장해 또는 납입면제가 되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]

보험가입 전 한 팔에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장애가 장애지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장애지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장애지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]

보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장애가 장애지급률 80%에 해당하는 장애가 된 경우 장애지급률 80%에서 상해로 인한 장애지급률 5%를 뺀 75%를 질병으로 인한 장애의 최종 장애지급률로 결정합니다.

무배당 3N5 WELL100
실속간편건강보험
(간편고지형)

1. 상해관련 특별약관

1-1. 상해사망(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 이 특별약관에서 “사망”이라 함은 보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보충조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-2. 상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편), 상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 장해분류표(별표1 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(별표1 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 상해 발생일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 상해 발생일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(「부록」 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 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 가중될 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
 1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]

보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]

보험기간 중에 발생한 질병을 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 상해를 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 질병으로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 질병으로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

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

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-3. 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편), 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- 2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 4 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-4. 상해입원비(4일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여

의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원 일수를 더합니다.
- 2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 4 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-5. 상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료할 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원 일수를 더합니다.
- 2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-6. 상해중환자실입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-7. 상해중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- 2 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 4 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 5 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 6 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-8. 상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("상급종합병원"의 정의)

이 특별약관에서 "상급종합병원"이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

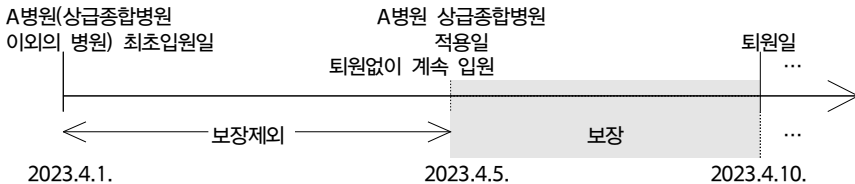
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력이 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

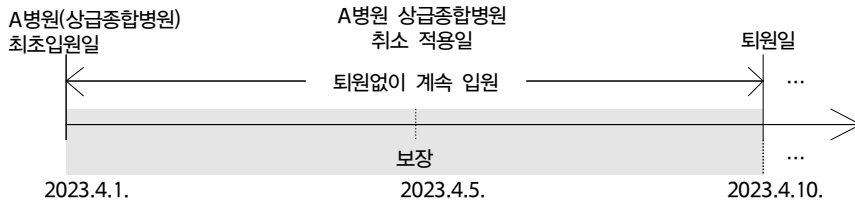
- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해상급종합병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-9. 상해수술동반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(「부록」 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(「부록」 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

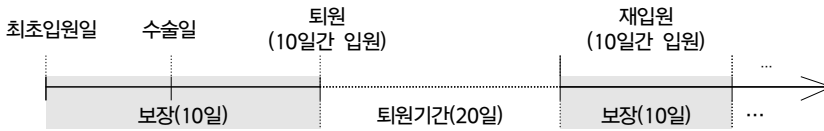
제3조(보험금의 지급사유)

- 1 회사에 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 “수술동반입원”한 경우 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술동반입원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 이 특별약관에서 “수술동반입원”이라 함은 아래에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
 1. 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 상해의 직접 결과로써 제2조(“수술”의 정의 및 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
- 3 제1항의 상해수술동반입원비 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 20일을 한도로 합니다.
- 4 제2항의 “수술”은 같은 상해로 2종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 제1항 내지 제3항을 적용하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

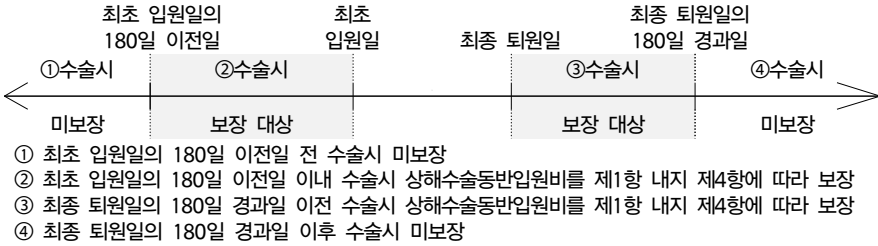
- 1 피보험자가 “수술” 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 “수술동반입원”으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

[보험금 지급예시] 동일한 상해로 10일간 수술입원 및 퇴원 후 10일간 재입원한 경우



- 2 피보험자가 보장개시일 이후에 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 “수술동반입원” 기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 3 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 4 피보험자가 최초의 “수술동반입원” 이후 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 “수술동반입원”한 것으로 보아 제1항에 따라 각 입원일수를 더합니다.
- 5 “수술”이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 “수술”이며, 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 상해수술동반입원비를 제1항 내지 제4항에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-10. 상해수술동반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의

조작을 가하는 것도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥파쇄술, 고주파정맥파쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

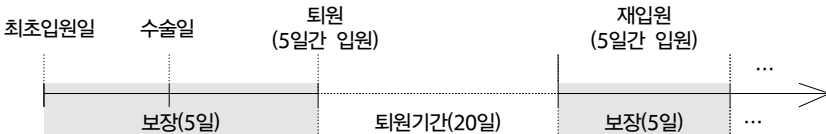
제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 “수술동반입원”한 경우 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술동반입원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 “수술동반입원”이라 함은 아래에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
 - 1. 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 - 2. 상해의 직접 결과로써 제2조(“수술”의 정의 및 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ③ 제1항의 상해수술동반입원비 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 10일을 한도로 합니다.
- ④ 제2항의 “수술”은 같은 상해로 2종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 제1항 내지 제3항을 적용하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “수술” 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 “수술동반입원”으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

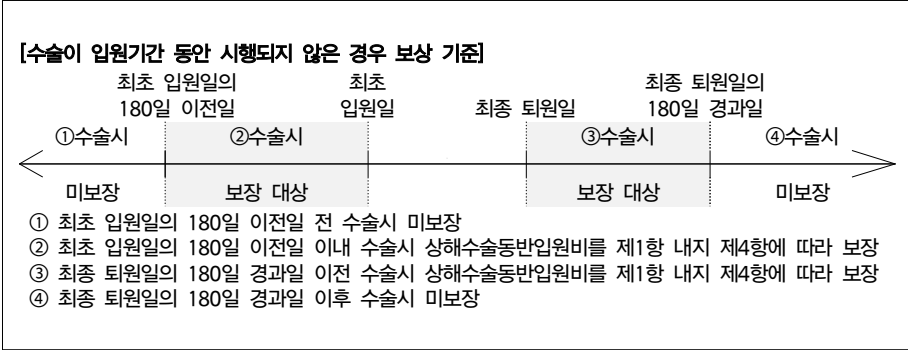
【보험금 지급예시】 동일한 상해로 5일간 수술입원 및 퇴원 후 5일간 재입원한 경우



- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 “수술동반입원” 기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)

에 따라 보장합니다.

- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 최초의 “수술동반입원” 이후 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 “수술동반입원”한 것으로 보아 제1항에 따라 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ “수술”이 입원기간동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 “수술”이며, 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 상해수술동반입원비를 제1항 내지 제4항에 따라 지급합니다.



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**1-11. 상해간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)
특별약관**

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해간호간병통합서비스입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해간호간병통합서비스입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 상해간호간병통합서비스입원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 상해간호간병통합서비스입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 상해간호간병통합서비스입원비를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해간호간병통합서비스입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-12. 상해수술비(3N5간편), 상해수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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.
- 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 제1항의 상해수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(안쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 상해수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-13. 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편), 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편)
2. 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편,갱신형)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편,갱신형)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편,갱신형)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편,갱신형)
 - 상해1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편,갱신형)

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기

능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뺐어내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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(1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 전기조직술, 도수정복술, 비관혈적 관절수술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유지술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 상해1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편) 특별약관

수술종류	지급금액
1종	상해1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편)의 보험가입금액
2종	상해1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편)의 보험가입금액
3종	상해1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편)의 보험가입금액
4종	상해1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편)의 보험가입금액
5종	상해1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편)의 보험가입금액

2. 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관

수술종류	지급금액
1종	상해1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편,갱신형)의 보험가입금액
2종	상해1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편,갱신형)의 보험가입금액
3종	상해1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편,갱신형)의 보험가입금액
4종	상해1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편,갱신형)의 보험가입금액
5종	상해1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편,갱신형)의 보험가입금액

- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대한 상해1-5종수술비만 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
- ③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(응비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-14. 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편)

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)(3N5간편)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)(3N5간편)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)(3N5간편)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)(3N5간편)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)(3N5간편)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)(3N5간편)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)(3N5간편)
- 상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)(3N5간편)

제1조(“수술 및 시술”의 정의 및 장소)

- 1 이 특별약관에서 “수술 및 시술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 “수술시술코드”라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- 2 제1항의 “수술 및 시술”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 3 제1항의 “수술시술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”분류체계에 따라 부여된 “ADRG(Adjacent DRG)”중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[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 입원여부와 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 상 대가차점수」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.

- 4 제3항에도 불구하고 “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 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 “KDRG”기준에 적용합니다.

- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

[예시]

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(시술 포함)를 지급합니다.

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

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

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]	HD121
7. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
8. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 상해1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

수술종류	지급금액
1종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)(3N5간편)의 보험가입금액
2종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)(3N5간편)의 보험가입금액
3종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)(3N5간편)의 보험가입금액
4종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)(3N5간편)의 보험가입금액
5종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)(3N5간편)의 보험가입금액
6종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)(3N5간편)의 보험가입금액
7종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)(3N5간편)의 보험가입금액
8종	상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)(3N5간편)의 보험가입금액

- ② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 1-8종수술 및 시술을 받은 날로 합니다.
- ③ 다만, 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 상해1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 상해1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 상해 1-8종수술비를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술 코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 상해1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8 중수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

[예시]

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 상해1-8중수술비를 지급합니다.
- 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 제1조(“수술 및 시술”의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시]

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

·진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)

·의료행위 : 사지골절정복술(복잡골절포함)-관절척-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 상해1-8중수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 상해1-8중수술비를 각각 지급합니다.
- ⑦ “복강경을 이용한 단순 자궁 수술(약성종양제외)(N031)”, “개복에 의한 단순 자궁수술(약성종양 제외)(N032)”, “복만및유산후관련장애편(수술시행)(O110)”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. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 전쟁, 외국인의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 - 5. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 6. 치의보철 및 미용상의 치료로 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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로

인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상태 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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 보험금을 지급합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 1-8중수술 및 시술 분류표(【별표3】 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(【별표2】 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 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.)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-15. 상해상급종합병원수술비(3N5간편) 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유지술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(“상급종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 상해상급종합병원수술비는 같은 상해를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 상해상급종합병원수술비를 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 - 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 - 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-16. 상해성뇌출혈수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(〔부록〕 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(〔부록〕 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 상해성뇌출혈 분류표(〔별표54〕 참조)에서 정한 상해성뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 천공술(두개골에 구멍이나 창을 내는 수술)을 시행한 경우는 수술로 인정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 상해성뇌출혈 분류표(〔별표54〕 조)에서 정한 상해성뇌출혈로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해성뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시 각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는

치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-17. 골절(치아파절제외)진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절(치아파절제외) 분류표(【별표3】 참조)에서 정한 골절(이하 “골절”이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 골절(치아파절제외)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절제외)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-18. 골절(치아파절포함)진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 골절 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 골절(이하 “골절”이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절(치아파절포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 골절(치아파절포함)진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절(치아파절포함)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-19. 5대골절진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 5대골절 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 5대골절(이하 “5대골절”이라 합니다)로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 5대골절진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 5대골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-20. 화상진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 화상진단비는 매번 사고가 발생할 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 화상 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
- 3 제1항 및 제2항의 “화상”이라 함은 화상 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-21. 화상진단비(표재성포함2도이상,연간1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 화상으로 진단확정을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 화상진단비는 화상진단의 직접적인 원인 및 부위에 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- 3 제1항 및 제2항의 “화상”이라 함은 화상 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 표재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- 4 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 진단확정일로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급

사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 회사는 다음의 상병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
 1. 머리 및 목의 1도 화상 및 부식(T20.1, T20.5)
 2. 몸통의 1도 화상 및 부식(T21.1, T21.5)
 3. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 1도 화상 및 부식(T22.1, T22.5)
 4. 손목 및 손의 1도 화상 및 부식(T23.1, T23.5)
 5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 1도 화상 및 부식(T24.1, T24.5)
 6. 발목 및 발의 1도 화상 및 부식(T25.1, T25.5)
 7. 1도 화상의 언급만 있는 여러 신체 부위의 화상(T29.1)
 8. 1도 부식의 언급만 있는 여러 신체 부위의 부식(T29.5)
 9. 상세불명 신체부위의 1도 화상 및 부식(T30.1, T30.5)

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-22. 특정상해성뇌출혈진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정상해성뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “특정상해성뇌출혈”이라 함은 특정상해성뇌출혈 분류표(【별표55】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “특정상해성뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 “특정상해성뇌출혈”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정상해성뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “특정상해성뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정상해성뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정상해성뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정상해성뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-23. 중증화상및부식진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“중증 화상 및 부식”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “중증 화상 및 부식”이라 함은 “9의 법칙(Rule of 9’s)” 또는 “룬드와 브라우더 신체표면적 차트(Lund & Browder chart)”에 따라 측정된 신체표면적의 최소 20% 이상에 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말합니다. 또한 “9의 법칙” 또는 “룬드와 브라우더 신체표면적 차트” 측정 법처럼 표준화된 다른 신체표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 경우도 인정합니다.
- ② “중증 화상 및 부식”의 진단확정은 “의료법” 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “중증 화상 및 부식”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 판단하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

[부식]

화학약품 등에 의한 피부 손상을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 “중증 화상 및 부식”으로 진단확정을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상및부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상및부식진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관

제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-24. 중증화상산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“중증화상 산정특례대상”의 정의)

이 특별약관에서 “중증화상 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증 질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

	대상 및 적용기간	특정기호
다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 산정특례 대상으로 등록된 중증화상환자가 적용일부터 1년간 해당 상병으로 진료를 받는 경우	“본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병”(【별표67】 참조)에서 중증도 기준의 [구분1] 중 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분1] 중 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V247
*단, 등록기간 종료 후 2년 이내에 “본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술”(【별표68】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있음(V306은 제외)	“본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병”(【별표67】 참조)에서 중증도 기준의 [구분2] 중 어느 하나의 상병에 해당하면서 체표면적 기준의 [구분2] 중 어느 하나에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V248
	“본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병”(【별표67】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)으로 입원진료를 받는 경우	V305
	“본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병”(【별표67】 참조) 중 [구분3]에 해당하는 상병(기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함)에 대해 외래진료를 받은 환자가 수상(受傷)한 날부터 3년 이내에 입원하여 “본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술”(【별표68】 참조)의 수술을 받는 경우	V306
	“본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병”(【별표67】 참조) 중 [구분4]에 해당하는 상병으로 진료를 받는 경우	V250

주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증화상 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증화상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

중증화상 산정특례 대상에 해당하는 사람은 의사가 중증화상환자로 확진한 경우 “건강보험 산정특례 등록 신청서”를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다. 중증화상 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 1년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 1년간 적용이 됩니다.

(관련법령 【부록】 참조)

제2조(“산정특례 신규등록”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “산정특례 신규등록”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “중증화상 산정특례대상”으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

[「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)]

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 중증화상환자가 산정특례 적용 종료일로부터 2년 이내에 “본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술”(【별표68】 참조)에 해당하는 수술을 받는 경우 1년간 재등록할 수 있다.(V306은 제외)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 보험기간 중 “중증화상 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록”되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증화상 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증화상 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상산정특례대상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기

간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- 1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 - 1 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 - 2 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증화상 산정특례 대상” 신청이 불가능한 경우
 - 3 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- 3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- 4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- 5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- 6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- 7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제8조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 1 청구서(회사 양식)
 - 2 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (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 포함)
 - 4 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-25. 중증외상산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“중증외상 산정특례대상”의 정의)

이 특별약관에서 “중증외상 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증 질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당 하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정 기호
손상중증도점수(ISS) 15점 이상에 해당하는 중증외상환자가 「응급의료에 관한 법률」 제30조의2에 따른 권역외상센터에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일	V273

- 주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증외상 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증외상 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

“중증외상 산정특례 대상”에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증외상 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다.

(관련법령 【부록】 참조)

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 보험기간 중 “중증외상 산정특례대상”으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증외상산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증외상 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- 이 특별약관에서 “연간”이란, 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
- 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증외상 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증외상 산정특례 대상” 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (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 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-26. 골절수술비(3N5간편) 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함

니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 골절 분류표(【별표4】 참조)에서 정한 골절(이하 “골절”이라 합니다)을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 골절수술비는 매년 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 골절수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-27. 5대골절수술비(3N5간편) 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 5대골절 분류표(【별표5】 참조)에서 정한 5대골절(이하 “5대골절”이라 합니다)을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 5대골절수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 5대골절수술비를 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절. 보장조건 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-28. 화상수술비(3N5간편) 특별약관

제1조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 화상을 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 화상수술비는 매번 수술을 받을 때마다 지급합니다. 다만, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 2종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 화상수술비를 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 "화상"이라 함은 화상 분류표(【별표6】 참조)에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술인 경우에는 보험금을 지급합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

1-29. 자동차사고부상발생금(1-14급,차등지급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “자동차사고”에 의한 상해의 직접 결과로써 자동차사고 부상등급표【별표7】 참조)에서 정한 부상등급(1-14급)을 받은 경우에는 부상등급에 따라 아래의 지급금액을 자동차사고부상발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	1급	2급	3급	4급	5급	6급	7급	8-14급
지급 금액	이 특별약관 보험가입금액의							
	100배	60배	30배	15배	8배	4배	2배	1배

- ② 제1항의 “자동차사고”라 함은 피보험자에 따라 아래에서 정한 사고를 말합니다.

자동차사고의 범위	피보험자가 자가용운전자 또는 영업용운전자인 경우	피보험자가 비운전자인 경우
1. 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 급격하고도 우연한 사고	보장대상	해당없음
2. 피보험자가 운행중인 자동차에 운전 중이고 있지 않는 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고	보장대상	보장대상
3. 피보험자가 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉, 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 사고	보장대상	보장대상

- ③ 제2항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기기로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제2항의 “자동차를 운전하던 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 탑승(운전을 포함합니다)

- 2. 하역작업
- 3. 자동차의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소 작업
- 4. 건설기계 및 농업기계를 작업기계로 사용
- ③ 피보험자가 비운전자인 경우 회사는 피보험자가 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고로 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 손해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서
 - 가. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받은 경우 해당 자동차보험 보상처리확인서류(부상등급을 판단할 수 있는 자동차보험의 지급결의서 등)
 - 나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - 1) 자동차사고를 입증할 수 있는 서류(경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원)
 - 2) 부상등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호 나. 2)의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

무배당 3N5 WELL100
실속간편건강보험
(간편고지형)

2. 질병관련 특별약관

2-1. 질병사망(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접 결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 사망의 원인 및 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 사망보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 사망하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-2. 질병80%이상후유장애(1804)(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장애분류표(「별표1」 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 후유장애보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제1조(보험금의 지급사유)에서 장애지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(「별표1」 참조)에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우

에는 그에 따릅니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 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 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당되는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
 1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]

보험가입 전 한 팔에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장해가 장해지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장해지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]

보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장해지급률 5%에 해당하는 장해가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장해가 장해지급률 80%에 해당하는 장해가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장해는 보장하지 않으므로 장해지급률 80%에서 상해로 인한 장해지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장해지급률로 결정합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 후유장해보험금을 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형,

3N5간편고지형)

- 1 회사에 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제3호 내지 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 2 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 암("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함한다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 3 보통약관 제1절, 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제4조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 5 제2항의 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 6 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 정당한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- 7 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의2("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-3. 질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편), 질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접 결과로써 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 장해분류표에서 정한 장해지급률을 아래의 금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병후유장해(3~100%)(1804)(3N5장편) 특별약관

계약일부부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 질병후유장해(3~100%)(1804)(3N5장편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우, 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일부부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일부부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 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 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해상태에 해당하는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
 1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해
 2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 장해

[제1호 관련 예시]

보험가입 전 한 팔에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장애가 장애지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장애지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장애지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]

보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장애가 장애지급률 80%에 해당하는 장애가 된 경우 이 특별약관은 상해로 인한 장애는 보장하지 않으므로 장애지급률 80%에서 상해로 인한 장애지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장애지급률로 결정합니다.

⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장애보험금은 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병후유장애(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-4. 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편),
질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관**

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관

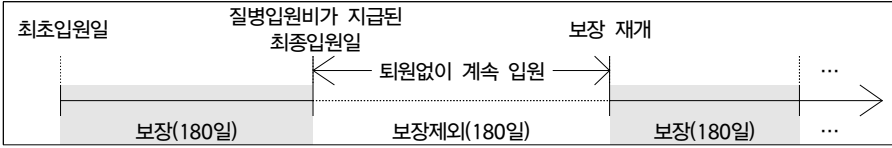
계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도

인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-5. 질병입원비(4일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(부록) 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

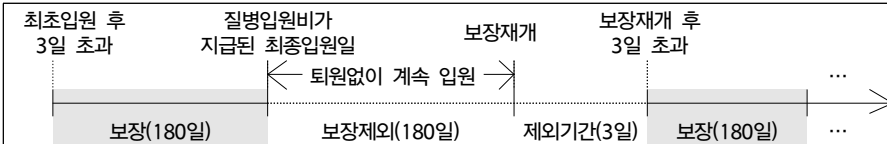
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 아래의 금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-6. 질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("중환자실"의 정의)

이 특별약관에서 "중환자실"이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

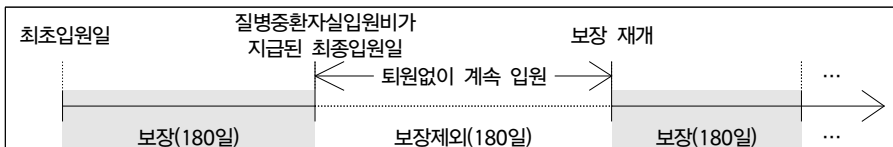
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑦ 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임수술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-7. 질병중환자실입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](【부록】 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

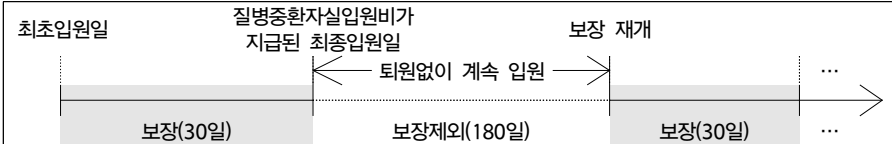
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 5 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 6 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 7 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 초과질환

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-8. 질병중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(〔부록〕 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“중환자실”의 정의)

이 특별약관에서 “중환자실”이라 함은 「의료법 시행규칙」 [별표4](〔부록〕 참조)에 규정한 중환자실을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

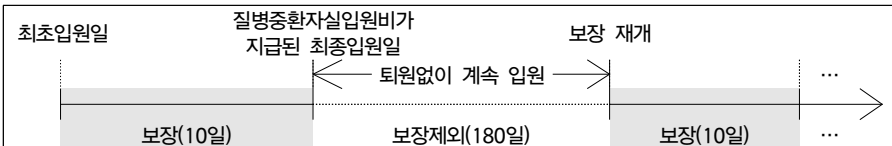
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병중환자실입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병중환자실입원비의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병중환자실입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 4 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병중환자실입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 5 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 중환자실에 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 6 피보험자가 중환자실 이외의 병실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 7 피보험자가 중환자실에 입원하여 치료를 받던 중 중환자실 이외의 병실로 이전하여 입원한 경우에는 중환자실의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할

- 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 노질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-9. 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(〔부록〕 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“상급종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(〔부록〕 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

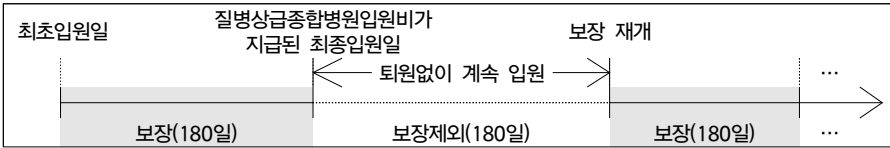
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병상급종합병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병상급종합병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

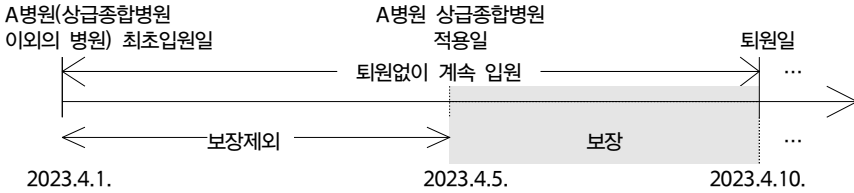
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병상급종합병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



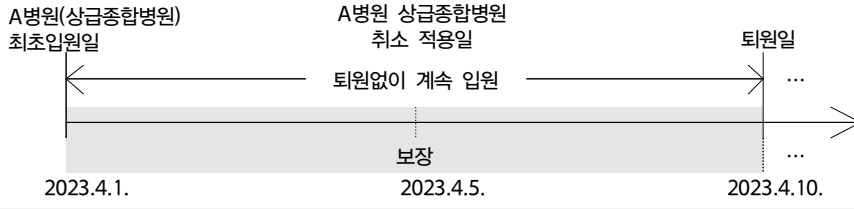
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병상급종합병원 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 다른 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 상급종합병원의 마지막 입원일까지 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 이외의 병원 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우



- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 해당 병원에서 최초로 퇴원하기 전까지의 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

[보험금 지급예시] 상급종합병원 입원 중에 상급종합병원 지정이 취소된 경우



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한

습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 노질한 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-10. 질병간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)(3N5간편)
특별약관**

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

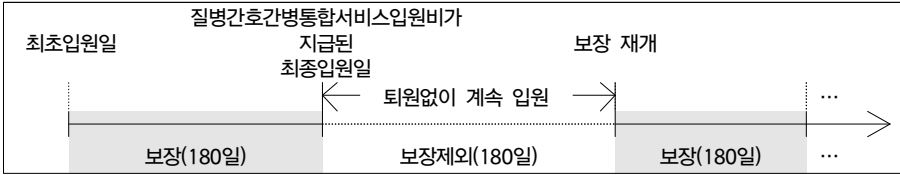
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병간호간병통합서비스입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병간호간병통합서비스입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부러 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 질병간호간병통합서비스입원비를 지급합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 질병간호간병통합서비스입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 질병간호간병통합서비스입원비를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병간호간병통합서비스입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병간호간병통합서비스입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병

간호간병통합서비스입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병간호간병 통합서비스입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제3항의 "계속입원"이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생된 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-11. 질병수술비(3N5간편), 질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 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.
- 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
- 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 - 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우

에는 아래의 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병수술비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

② 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
 - 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 - 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 - 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
 - 5. 비만(E66)
 - 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 - 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
 - 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 - 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - 3. 단순한 피로 또는 권태
 - 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 고골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항(별표2 비급여대상)(【부록】 참조)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 이중검 수술은 보상합니다), 코성형수술(옹비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시 각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 합니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병수술비(3N5간편, 갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종류일은 “보장특약 자 동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-12. 질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편), 질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편, 갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥파쇄술, 고주파정맥파쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(단, 특정5대질병은 제외합니다. 이하 같습니다)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

- ② 제1항의 "특정5대질병"이란 특정5대질병 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환 및 대장용종을 말합니다.
- ③ 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관 관련 합병증(N96~N98) (단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99) (단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
 5. 비만(E66)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 9. 특정5대질환 분류표(【별표8】 참조)에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환 및 대장용종
- ③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상 모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimos)、「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항(【별표2】 비급여대상)(【부록】 참조)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(응비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않는 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병수술비(특정5대질환제외)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-13. 질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편), 질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 5개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편)
1. 질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편,갱신형)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편,갱신형)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편,갱신형)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편,갱신형)
 - 질병1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편,갱신형)

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애는 것 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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(1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)에서 해당하지 않는 경우를 포함합니다)

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유지술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑥ 제1항 내지 제4항에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)에서 정한 수술은 보상합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병1-5종수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
1종	질병1종수술비 ^{주1)} 보험가입금액의 50%	질병1종수술비 ^{주1)} 의 보험가입금액
2종	질병2종수술비 ^{주2)} 보험가입금액의 50%	질병2종수술비 ^{주2)} 의 보험가입금액
3종	질병3종수술비 ^{주3)} 보험가입금액의 50%	질병3종수술비 ^{주3)} 의 보험가입금액
4종	질병4종수술비 ^{주4)} 보험가입금액의 50%	질병4종수술비 ^{주4)} 의 보험가입금액
5종	질병5종수술비 ^{주5)} 보험가입금액의 50%	질병5종수술비 ^{주5)} 의 보험가입금액

- 주1) 질병1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편), 질병1-5종수술비Ⅲ(1종)(3N5간편,갱신형)
 주2) 질병1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편), 질병1-5종수술비Ⅲ(2종)(3N5간편,갱신형)
 주3) 질병1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편), 질병1-5종수술비Ⅲ(3종)(3N5간편,갱신형)
 주4) 질병1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편), 질병1-5종수술비Ⅲ(4종)(3N5간편,갱신형)
 주5) 질병1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편), 질병1-5종수술비Ⅲ(5종)(3N5간편,갱신형)

- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대한 질병1-5종수술비만 지급합니다. 이 경우 회사가 낮은 지급금액에 해당하는 수술비를 이미 지급한 때에는 높은 지급금액에 해당하는 수술비에서 이미 지급한 수술비를 차감하고 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적의 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.
- ③ 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 가능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)의 수술종류 중 48항 “요실금수술(급여)”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “요실금수술(급여)”로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위가 발생한 경우 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 보험금은 수술의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “요실금수술(급여)”을 받은 날로 합니다.
- ④ 제1항의 “요실금수술(급여)”은 여성인 피보험자에 한하여 보상합니다.
- ⑤ 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)의 수술종류 중 44항 “치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술” 및 55항 “제왕절개만출술(帝王切開娩出術)”은 아래에 해당하는 질병으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 보험금을 지급합니다.

수술종류		대상질병	분류번호
제왕절개만출술		임신, 출산 및 산후기 질병	O00~O99
치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근부수술	직장 및 항문관련질환	1. 항문 및 직장부의 열창 및 누공 2. 항문 및 직장부의 농양 3. 항문 및 직장부의 기타 질환	K60 K61 K62
	치핵	치핵 및 항문주위정맥혈전증 - 포함 : 치질 - 제외 : 합병증 (출산 및 산후기(O87.2), 임신(O22.4))	K64

- ⑥ 제2조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조)의 수술종류 중 3-1항 “유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술”은 동시에 두 종류 이상의 질병으로 진단확정된 경우에도 “유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술” 기준으로 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고, 악성신생물 치료 목적의 수술을 시행한 경우에는 1-5종수술 분류표(【별표34】 참조) “II. 악성신생물 치료 목적의 수술”을 준용합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 - 피보험자가 임신, 출산, 산후기로 수술한 경우(O00~O99).
(단, 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)은 보상합니다.)
 - 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다)
 - 비만(E66)
 - 요실금(N39.3, N39.4, R32)
(단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “요실금수술(급여)”로 인정하는 기준에 해당하는 진료행위는 보상합니다.)
 - 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 - 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 - 단순한 피로 또는 권태
 - 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosi)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항(【별표2】 비급여대상)(【부록】 참조)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(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 합니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병1-5종수술비Ⅲ(3N5간편, 갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장 특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-14. 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 8개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)(3N5간편)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)(3N5간편)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)(3N5간편)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)(3N5간편)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)(3N5간편)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)(3N5간편)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)(3N5간편)
- 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)(3N5간편)

제1조(“수술 및 시술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술 및 시술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(한의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)에서 정한 수술시술코드(이하 “수술시술코드”라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 “수술 및 시술”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “수술시술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고 “KDRG(Korean Diagnosis Related Group)”분류체계에 따라 부여된 “ADRG(Adjacent DRG)”중 회사가 정한 코드를 말합니다.

[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 입원여부와 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 상 대가치점수」에서 정한 수가코드를 말합니다.
- 주2) 진단명 : 진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

[추진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)]

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

- 4) 제3항에도 불구하고 “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 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

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

[예시]

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전4.4)에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- 5) 제3항 및 제4항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- 6) 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2021-13호, 2021.1.22.) 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적방사선 치료, 양성자 치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

진료행위	코드
1. 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
2. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
3. 뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
4. 뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
5. 뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
6. 양성자치료[1회당]	HD121
7. 체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
8. 체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

제2조(보험금의 지급사유)

- 1) 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)에서 정한 수술 및 시술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병1-8종수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술에 한하여

보장하며, 하나의 수술시술코드당 연간 3회에 한하여 보장합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
1종	질병1종수술비 ^{주1)} 보험가입금액의 50%	질병1종수술비 ^{주1)} 의 보험가입금액
2종	질병2종수술비 ^{주2)} 보험가입금액의 50%	질병2종수술비 ^{주2)} 의 보험가입금액
3종	질병3종수술비 ^{주3)} 보험가입금액의 50%	질병3종수술비 ^{주3)} 의 보험가입금액
4종	질병4종수술비 ^{주4)} 보험가입금액의 50%	질병4종수술비 ^{주4)} 의 보험가입금액
5종	질병5종수술비 ^{주5)} 보험가입금액의 50%	질병5종수술비 ^{주5)} 의 보험가입금액
6종	질병6종수술비 ^{주6)} 보험가입금액의 50%	질병6종수술비 ^{주6)} 의 보험가입금액
7종	질병7종수술비 ^{주7)} 보험가입금액의 50%	질병7종수술비 ^{주7)} 의 보험가입금액
8종	질병8종수술비 ^{주8)} 보험가입금액의 50%	질병8종수술비 ^{주8)} 의 보험가입금액

- 주1) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(1종)(3N5간편)
 주2) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(2종)(3N5간편)
 주3) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3종)(3N5간편)
 주4) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(4종)(3N5간편)
 주5) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(5종)(3N5간편)
 주6) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(6종)(3N5간편)
 주7) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(7종)(3N5간편)
 주8) 질병1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(8종)(3N5간편)

- ② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 수술 및 시술을 받은 날로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 30일내에 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술시술코드에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우에는 제1항의 질병1-8종수술비를 지급하지 않습니다. 이 때 30일이라 함은 질병1-8종수술비가 지급된 수술시술코드에 대하여 그 수술 및 시술이 행해진 해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일의 다음날부터 이후 동일한 수술시술코드가 부여된 입원의 입원일 또는 통원의 통원일까지의 기간을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 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 그 수술시술코드 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술시술코드에 한하여 질병1-8종수술비를 지급합니다.

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 진단명기준환자군(DRG)에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 1-8종수술 및 시술 분류표(【별표35】 참조)의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

[예시]

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 특

별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병1-8중수술비를 지급합니다.

- 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 제1조("수술 및 시술"의 정의 및 장소)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

[예시]

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 질병으로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 "주요 폐 수술(악성종양의 경우)(E012)"에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- 진단명 : 기관의 악성 신생물(C33)
- 의료행위 : 체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용(HD111)

- 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 질병1-8중수술비와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 질병1-8중수술비를 각각 지급합니다.
- ⑦ "복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)", "개복에 의한 단순 자궁수술(악성종양 제외)(N032)", "분만및유산후관련장애(수술시행)(O110)"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. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕 참조에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생 한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 - 5. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 6. 치의보철 및 미용상의 치료로 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 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
 - 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 - 3. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - 4. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
 - 5. 출생전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)
- ③ 회사는 1-8중수술 및 시술 분류표(「별표35」 참조)의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2) 비급여대상에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 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.)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증. 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-15. 질병상급종합병원수술비(3N5간편) 특별약관

제1조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제2조(“상급종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 아래의 금액을 질병상급종합병원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

② 제1항의 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 질병상급종합병원수술비를 지급합니다. 다만, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 수술을 받는 경우에는 다른 질병으로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관 관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공우산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복

- 원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태어인 경우 화염상 모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항(별표2) 비급여대상)(【부록】 참조)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 이중검 수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 합니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-16. 질병수술동반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한함

니다.

⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인해 “수술동반입원”한 경우 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 질병수술동반입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

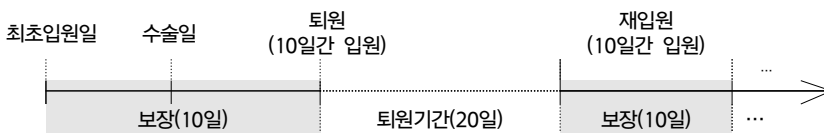
② 이 특별약관에서 “수술동반입원”이라 함은 아래에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제2조(“수술”의 정의 및 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ③ 제1항의 질병수술동반입원비 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 20일을 한도로 합니다.
- ④ 제2항의 “수술”은 같은 질병으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 제1항 내지 제3항을 적용하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.

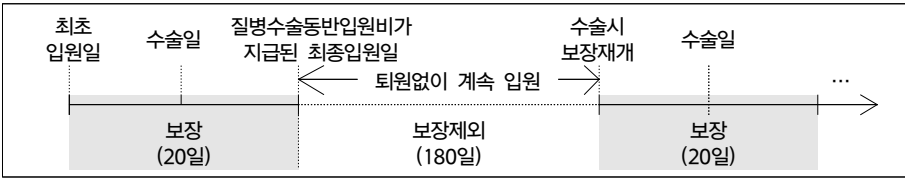
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 “수술동반입원”으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

[보험금 지급예시] 동일한 질병으로 10일간 수술입원 및 퇴원 후 10일간 재입원한 경우

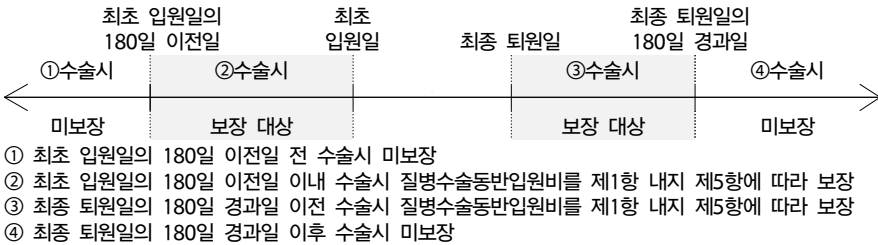


② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 “수술”을 받은 경우에는 또다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병수술동반입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 “수술동반입원” 기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 최초의 “수술동반입원” 이후 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 “수술동반입원”한 것으로 보아 제1항에 따라 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ “수술”이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 “수술”이며, 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 질병수술동반입원비를 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 7. 성병
- 8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- 9. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임수술, 제왕절개수술
- 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
- 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 12. 정상분만, 치과질환
- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기

준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(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 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항[별표2] 비급여대상)(【부록】 참조)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(응비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-17. 질병수술동반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함 니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기 술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 녹내장 및 당뇨병성 망막병증 등 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 레이저 수술은 제외합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합 니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인해 “수술동반입원”한 경우 입원 첫날부 터 입원 1일당 아래의 금액을 질병수술동반입원비로 보험수익자에게 지급합니다.

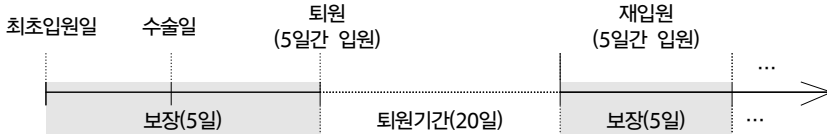
계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

- ② 이 특별약관에서 “수술동반입원”이라 함은 아래에 모두 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 제1호 및 제 2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
 - 1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 - 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제2조(“수술”의 정의 및 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
- ③ 제1항의 질병수술동반입원비 지급일수는 1회 “수술동반입원”당 10일을 한도로 합니다.
- ④ 제2항의 “수술”은 같은 질병으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초 수술일을 기준으로 제1항 내지 제3항을 적용하며, 이후 수술에 대해서는 적용하지 않습니다.

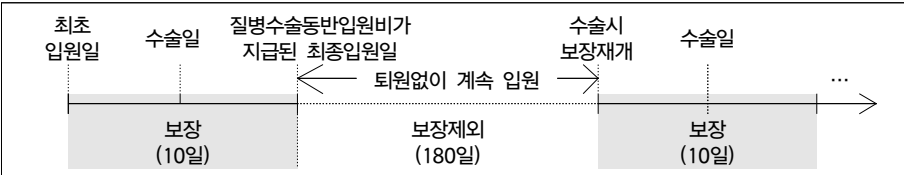
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 “수술” 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 “수술동반입원”으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

[보험금 지급에시] 동일한 질병으로 5일간 수술입원 및 퇴원 후 5일간 재입원한 경우

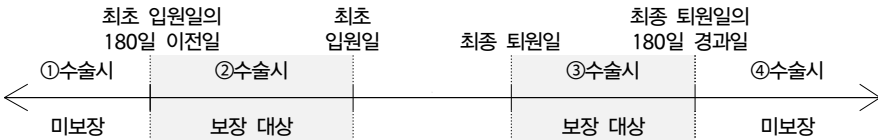


- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 질병으로 “수술”을 받은 경우에는 또다른 “수술동반입원”으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 질병수술동반입원비를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병수술동반입원비가 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 “수술동반입원”하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 “수술동반입원” 기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병수술동반입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 최초의 “수술동반입원” 이후 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 “수술동반입원”한 것으로 보아 제1항에 따라 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ “수술”이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일부터 180일 이전 또는 최종 입원의 퇴원일부터 180일이 경과되기 이전 “수술”이며, 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우 질병수술동반입원비를 제1항 내지 제5항에 따라 지급합니다.

[수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준]



- ① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
 ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 질병수술동반입원비를 제1항 내지 제5항에 따라 보장
 ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 질병수술동반입원비를 제1항 내지 제5항에 따라 보장
 ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인

경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 9. 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 정상분만, 치과질환
- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
(단, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문관련질환, 치핵(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(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 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항(【별표2】 비급여대상)(【부록】 참조)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), 교정형수술(옹비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는

치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다
라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-18. 124대질병수술비(3N5간편), 124대질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 7개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 124대질병수술비(3N5간편)
 - 124대질병(특정10대질병)수술비(3N5간편)
 - 124대질병(특정13대질병A)수술비(3N5간편)
 - 124대질병(특정13대질병B)수술비(3N5간편)
 - 124대질병(30대경증질병)수술비(3N5간편)
 - 124대질병(50대경증질병)수술비(3N5간편)
 - 124대질병(7대생활질병)수술비(3N5간편)
 - 124대질병(치핵)수술비(3N5간편)
2. 124대질병수술비(3N5간편,갱신형)
 - 124대질병(특정10대질병)수술비(3N5간편,갱신형)
 - 124대질병(특정13대질병A)수술비(3N5간편,갱신형)
 - 124대질병(특정13대질병B)수술비(3N5간편,갱신형)
 - 124대질병(30대경증질병)수술비(3N5간편,갱신형)
 - 124대질병(50대경증질병)수술비(3N5간편,갱신형)
 - 124대질병(7대생활질병)수술비(3N5간편,갱신형)
 - 124대질병(치핵)수술비(3N5간편,갱신형)

제1조("124대질병"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "124대질병"이라 함은 124대질병 분류표(【별표9】 참조)에서 정한 질병으로 특정10대질병, 특정13대질병A, 특정13대질병B, 30대경증질병, 50대경증질병, 7대생활질병 및 치핵을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 아래에 해당하는 질병코드를 동시에 진단받은 경우에는 "50대경증질병"이 아닌 "결핵"으로 간주하여 "특정13대질병A"으로 적용합니다.
 1. "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)"
 2. "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)"
 3. "남성생식기관의 결핵(A18.14)"과 "달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)"
- ③ "124대질병" 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ④ "124대질병"의 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기

능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 보장대상이 되는 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받는 경우를 포함합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 기술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 기술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 기술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 기술

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “12대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 12대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
특정10대질병	특정10대질병수술비 ^{주1)} 보험가입금액의 50%	특정10대질병수술비 ^{주1)} 의 보험가입금액
특정13대질병A	특정13대질병수술비A ^{주2)} 보험가입금액의 50%	특정13대질병수술비A ^{주2)} 의 보험가입금액
특정13대질병B	특정13대질병수술비B ^{주3)} 보험가입금액의 50%	특정13대질병수술비B ^{주3)} 의 보험가입금액
30대경증질병	30대경증질병수술비 ^{주4)} 보험가입금액의 50%	30대경증질병수술비 ^{주4)} 의 보험가입금액
50대경증질병	50대경증질병수술비 ^{주5)} 보험가입금액의 50%	50대경증질병수술비 ^{주5)} 의 보험가입금액
7대생활질병	7대생활질병수술비 ^{주6)} 보험가입금액의 50%	7대생활질병수술비 ^{주6)} 의 보험가입금액
치핵	치핵수술비 ^{주7)} 보험가입금액의 50%	치핵수술비 ^{주7)} 의 보험가입금액

- 주1) 124대질병(특정10대질병)수술비(3N5간편), 124대질병(특정10대질병)수술비(3N5간편,갱신형)
- 주2) 124대질병(특정13대질병A)수술비(3N5간편), 124대질병(특정13대질병A)수술비(3N5간편,갱신형)
- 주3) 124대질병(특정13대질병B)수술비(3N5간편), 124대질병(특정13대질병B)수술비(3N5간편,갱신형)
- 주4) 124대질병(30대경증질병)수술비(3N5간편), 124대질병(30대경증질병)수술비(3N5간편,갱신형)
- 주5) 124대질병(50대경증질병)수술비(3N5간편), 124대질병(50대경증질병)수술비(3N5간편,갱신형)
- 주6) 124대질병(7대생활질병)수술비(3N5간편), 124대질병(7대생활질병)수술비(3N5간편,갱신형)
- 주7) 124대질병(치핵)수술비(3N5간편), 124대질병(치핵)수술비(3N5간편,갱신형)

- ② 제1항에도 불구하고 “124대질병” 중 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일 부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 피보험자가 받은 1회 수술의 직접적인 원인이 된 질병이 특정10대질병, 특정13대질병A, 특정13대질병B, 30대경증질병, 50대경증질병, 7대생활질병 및 치핵 중 2가지 이상에 해당되는 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 금액을 지급합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 124대질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-19. 7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편) 특별약관

- 이 특별약관은 아래와 같이 7개 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
 - 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
 - 7대기관질병수술비(신부전)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
 - 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
 - 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
 - 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
 - 7대기관질병수술비(담낭,담도및췌장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)

제1조(“7대기관질병”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “7대기관질병”이라 함은 7대기관질병 분류표(【별표10】 참조)에서 정한 질병으로 간 관련질환, 심장관련질환, 신부전, 특정장질환, 뇌혈관질환, 폐질환, 담낭,담도및췌장질환을 말하며, 질병 분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “7대기관질병” 중 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ “7대기관질병”의 심장관련질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ “관혈수술”이라 함은 제6항의 “비관혈 수술” 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부를 절개하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 관혈수술에 준하여 보상합니다.
- ⑥ “비관혈 수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다.
1. “내시경수술”이라 함은 인체 내부를 특수의료기구를 이용하여 영상으로 보면서 시행하는 직접적인 치료 목적의 수술행위를 말합니다. 단, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 제외합니다.
 2. “카테터수술”이라 함은 인체의 일부(주로 혈관)와 외부를 연결해주는 도관을 이용하여 시행하는 직접적인 치료 목적의 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, 직접적인 치료를 목적으로 하는 “치료적 방사선 조사”를 포함합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “7대기관질병”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 각 “질병구분” 당 “관혈수술”, “비관혈 수술”에 대해 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 7대기관질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

질병구분	수술의 종류	지급금액		지급 한도
		계약일부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	

질병구분	수술의 종류	지급금액		지급 한도
		계약일부터 경과기간		
		1년 미만	1년 이상	
간관련 질병	“관혈수술”시	간관련질병수술비 ^{주1)} 보험가입금액의 50%	간관련질병수술비 ^{주1)} 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	간관련질병수술비 ^{주1)} 보험가입금액의 25%	간관련질병수술비 ^{주1)} 보험가입금액의 50%	연간 1회한
심장관련 질병	“관혈수술”시	심장관련질병수술비 ^{주2)} 보험가입금액의 50%	심장관련질병수술비 ^{주2)} 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	심장관련질병수술비 ^{주2)} 보험가입금액의 25%	심장관련질병수술비 ^{주2)} 보험가입금액의 50%	연간 1회한
신부전	“관혈수술”시	신부전수술비 ^{주3)} 보험가입금액의 50%	신부전수술비 ^{주3)} 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	신부전수술비 ^{주3)} 보험가입금액의 25%	신부전수술비 ^{주3)} 보험가입금액의 50%	연간 1회한
특정 장질환	“관혈수술”시	특정장질환수술비 ^{주4)} 보험가입금액의 50%	특정장질환수술비 ^{주4)} 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	특정장질환수술비 ^{주4)} 보험가입금액의 25%	특정장질환수술비 ^{주4)} 보험가입금액의 50%	연간 1회한
뇌혈관 질환	“관혈수술”시	뇌혈관질환수술비 ^{주5)} 보험가입금액의 50%	뇌혈관질환수술비 ^{주5)} 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	뇌혈관질환수술비 ^{주5)} 보험가입금액의 25%	뇌혈관질환수술비 ^{주5)} 보험가입금액의 50%	연간 1회한
폐질환	“관혈수술”시	폐질환수술비 ^{주6)} 보험가입금액의 50%	폐질환수술비 ^{주6)} 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	폐질환수술비 ^{주6)} 보험가입금액의 25%	폐질환수술비 ^{주6)} 보험가입금액의 50%	연간 1회한
담낭,담도 및 체장질환	“관혈수술”시	담낭,담도및체장질환수술비 ^{주7)} 보험가입금액의 50%	담낭,담도및체장질환수술비 ^{주7)} 보험가입금액	연간 1회한
	“비관혈 수술”시	담낭,담도및체장질환수술비 ^{주7)} 보험가입금액의 25%	담낭,담도및체장질환수술비 ^{주7)} 보험가입금액의 50%	연간 1회한

- 주1) 7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
주2) 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
주3) 7대기관질병수술비(신부전)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
주4) 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
주5) 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
주6) 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)
주7) 7대기관질병수술비(담낭,담도및체장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편)

- ② 제1항의 “질병구분”은 7대기관질병 분류표(【별표10】 참조)의 질병구분을 기준으로 합니다.
③ 제1항의 7대기관질병수술비는 “수술”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 “질병구분” 당 “관혈수술” 또는 “비관혈수술”별 각각 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
④ 제1항 및 제3항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 각 “질병구분”의 “관혈수술” 또는 “비관혈 수술”을 받은 날로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

다.

2-20. 특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정8대기관 양성종양 및 폴립”, “급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술”의 정의)

- 이 특별약관에서 “특정8대기관 양성종양 및 폴립”이라 함은 특정8대기관 양성종양 및 폴립 분류표(【별표15】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표(【별표16】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

- 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표(【별표16】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.
- 제2항 및 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술” 외에 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정8대기관 양성종양 및 폴립”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정8대기관양성종양및폴립수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액		지급한도
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

- 제1항의 특정8대기관양성종양및폴립수술비는 “수술”의 직접적인 원인, “특정8대기관 양성종양 및 폴립”의 개수, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술”을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

- 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 청구서(회사 양식)
 - 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험

금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-21. 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편), 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- ③ “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 암(4대유사암제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 암(4대유사암제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생 한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호, 제2호, 제4호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

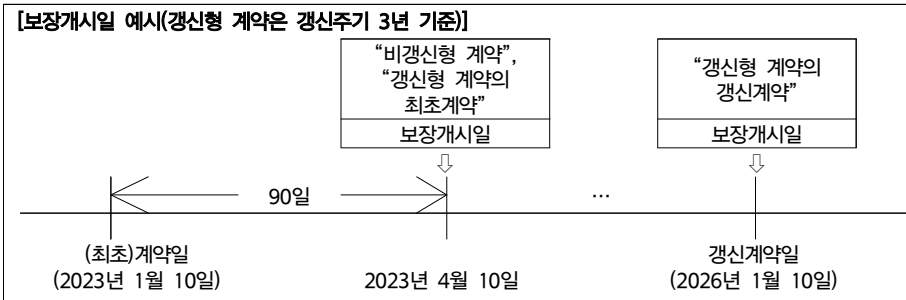
- ① 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제6조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제사유는 적용하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제2항의 ‘청약일부터 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
- ⑤ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- ⑥ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제10조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-22. 4대유사암진단비(3N5간편), 4대유사암진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

이 특별약관은 아래와 같이 4개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

1. 4대유사암진단비(3N5간편)
 - 4대유사암진단비(기타피부암)(3N5간편)
 - 4대유사암진단비(갑상선암)(3N5간편)
 - 4대유사암진단비(제자리암)(3N5간편)
 - 4대유사암진단비(경계성종양)(3N5간편)
2. 4대유사암진단비(3N5간편,갱신형)
 - 4대유사암진단비(기타피부암)(3N5간편,갱신형)
 - 4대유사암진단비(갑상선암)(3N5간편,갱신형)
 - 4대유사암진단비(제자리암)(3N5간편,갱신형)
 - 4대유사암진단비(경계성종양)(3N5간편,갱신형)

제1조("4대유사암"의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 "4대유사암"이라 함은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암" 및 "경계성종양"을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 "기타피부암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 "분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 이 특별약관에서 "제자리암"이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 "경계성종양"이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑦ "4대유사암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "4대유사암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정된 경우에는 세부보장별(“기타 피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”)로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 4대유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

보장명	지급사유	계약일부터 경과기간		갱신계약
		1년 미만	1년 이상	
기타피부암진단비 ^{주1)}	“기타피부암”으로 진단확정시	기타피부암진단비 ^{주1)} 보험가입금액의 50%	기타피부암진단비 ^{주1)} 의 보험가입금액	
갑상선암진단비 ^{주2)}	“갑상선암”으로 진단확정시	갑상선암진단비 ^{주2)} 보험가입금액의 50%	갑상선암진단비 ^{주2)} 의 보험가입금액	
제자리암진단비 ^{주3)}	“제자리암”으로 진단확정시	제자리암진단비 ^{주3)} 보험가입금액의 50%	제자리암진단비 ^{주3)} 의 보험가입금액	
경계성종양진단비 ^{주4)}	“경계성종양”으로 진단확정시	경계성종양진단비 ^{주4)} 보험가입금액의 50%	경계성종양진단비 ^{주4)} 의 보험가입금액	

주1) 4대유사암진단비(기타피부암)(3N5간편), 4대유사암진단비(기타피부암)(3N5간편, 갱신형)

주2) 4대유사암진단비(갑상선암)(3N5간편), 4대유사암진단비(갑상선암)(3N5간편, 갱신형)

주3) 4대유사암진단비(제자리암)(3N5간편), 4대유사암진단비(제자리암)(3N5간편, 갱신형)

주4) 4대유사암진단비(경계성종양)(3N5간편), 4대유사암진단비(경계성종양)(3N5간편, 갱신형)

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “4대유사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 4대유사암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 4대유사암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료(보험금 지급사유가 발생한 세부보장의 계약자적립액과 미경과보험료에 한합니다)를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.
- 갱신형 계약의 경우 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 “4대유사암”이 갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 “4대유사암”과 동일한 질병인 경우(갱신 전 계약에서 이미 보험금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 질병과 관련된 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제3항에도 불구하고 이미 보험금이 지급된 “4대유사암”이라 하더라도 해당 보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우에는, 보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제4항의 “보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독축)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절. 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제4항의 “보험금 지급사유 발생일 이후 첫 갱신계약일”은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암진단비, 갑상선암진단비, 제자리암진단비, 경계성종양진단비를 지급한 경우 그 지급사유가 발생한 때부터 해당 보장은 소멸되며, 소멸된 보장에 대해서는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다. 또한 계약자는 소멸된 보장에 해당하는 보험료를 납입하지 않습니다.
- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 4대유사암진단비를 세부보장별(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”)로 각각 1회씩 총 4회 지급한 경우 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ④ 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 4대유사암진단비(3N5간편, 갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-23. 10대고액치료비암진단비(3N5간편), 10대고액치료비암진단비(3N5간편, 갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“10대고액치료비암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “10대고액치료비암”이라 함은 10대고액치료비암 분류표(【별표14】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 “전암 상태 (Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
- ② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ③ “10대고액치료비암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “10대고액치료비암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “10대고액치료비암”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 10대고액치료비암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 10대고액치료비암진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 10대고액치료비암진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약			갱신계약
계약일부부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “10대고액치료비암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 10대고액치료비암진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 10대고액치료비암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “10대고액치료비암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

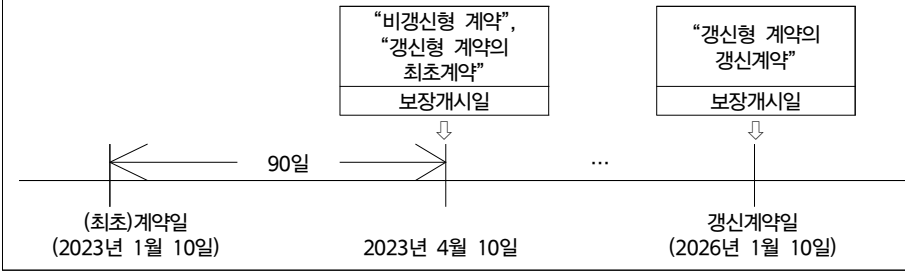
제5조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대고액치료비암진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일 이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

- 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 제1항에도 불구하고 10대고액치료비암진단비(3N5간편, 갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-24. 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편), 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편, 갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례 암질환의 상병”(【별표61】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ▶ C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “뇌·수막의 양성신생물”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례 암질환의 상병”(【별표 61】 참조)에서 정한 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류에 따릅니다.
 1. 분류번호 D32(수막의 양성 신생물)
 2. 분류번호 D33(뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물)
- ④ “중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”(“뇌·수막의 양성신생물” 제외)의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system) 검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.
- ⑤ “뇌·수막의 양성신생물”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(신경외과의사 등) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 전산화단층촬영(CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 “뇌·수막의 양성신생물”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(“중증질환자 암질환 산정특례대상”의 정의)

이 특별약관에서 “중증질환자 암질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 따라 산정특례대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 “본인일부부담금 산정특례 암질환의 상병”(【별표61】 참조)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우	V193

- 주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 암질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례 제도】

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자 암질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

중증질환자 암질환 산정특례대상에 해당하는 사람은 의사가 중증질환자 암질환 산정특례대상 질환으로 확진한 경우 “건강보험 산정특례 등록 신청서”를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청을 합니다.
(관련법령 【부록】 참조)

제3조(“산정특례 신규등록”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “산정특례 신규등록”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 “중증질환자 암질환 산정특례대상”으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)에

이하 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

【「본인일부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)】

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”으로 진단확정되고, 그 “중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”을 직접적인 원인으로 “중증질환자 암질환 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록”되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(암)산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간			갱신계약
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증질환자 암질환 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증질환자 암질환 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

- 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 청구서(회사 양식)
 - 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “중증질환자 암질환 산정특례대상 질환”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암)산정특례대상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법

서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

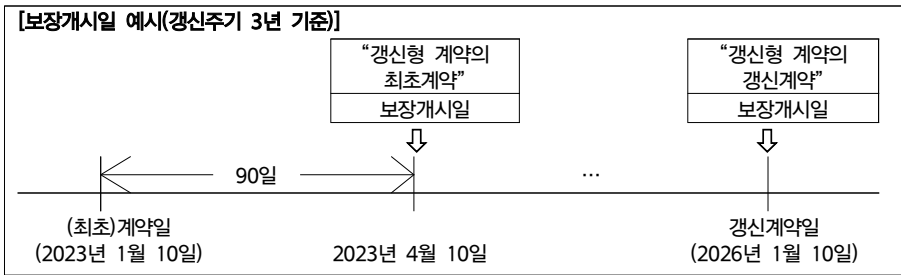
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자(암) 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제10조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-25. 암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양병원제외,4일이상120일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 5 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 6 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ⑧ “암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(“암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”라 함은 “암(4대유사암포함)”을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ② “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암(4대유사암포함)”을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에 아래 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 “암(4대유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”로 봅니다.
 1. “암(4대유사암포함)”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 “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]

적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준) (【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

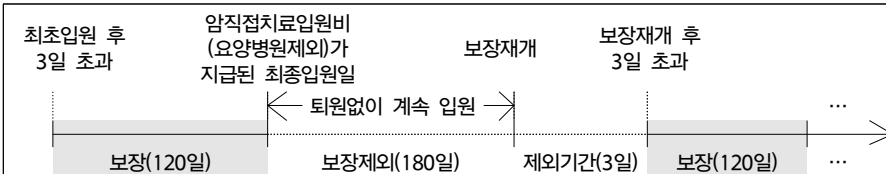
제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

구분	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
“암”으로 입원시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 10%		이 특별약관 보험가입금액의 20%
“기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 5%		이 특별약관 보험가입금액의 10%

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원비(요양병원제외)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- 3 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- 4 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암직접치료입원비(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- 5 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(단, 요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

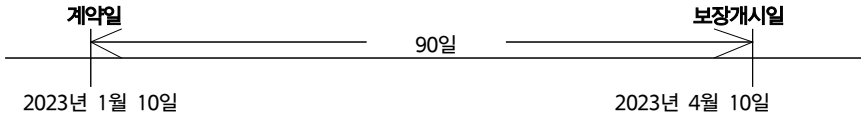
제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

- 1 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]



② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-26. 암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (4일이상90일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑦ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- ⑧ “암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

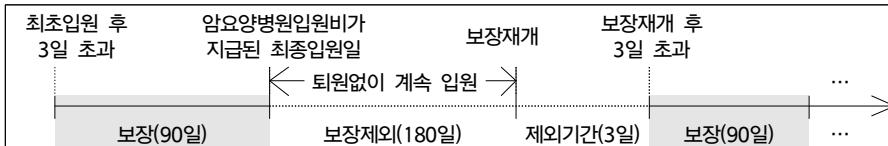
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 “암(4대유사암포함)”의 치료를 목적으로 요양병원에 4일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원비의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

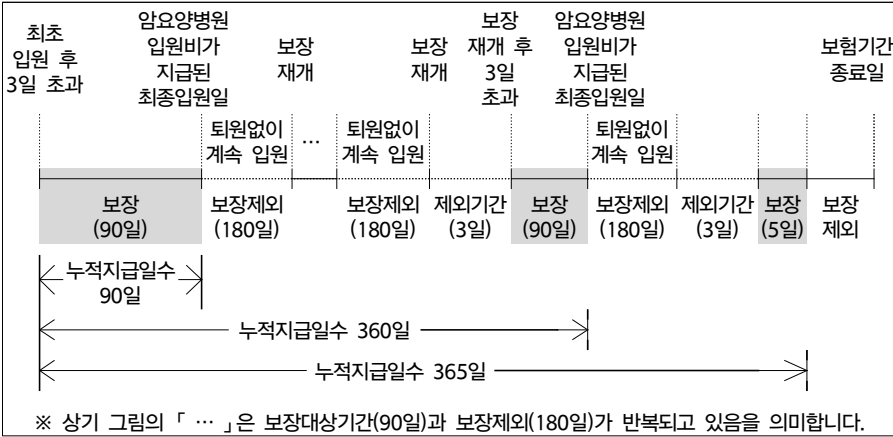
구분	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
“암”으로 입원시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 10%		이 특별약관 보험가입금액의 20%
“기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 5%		이 특별약관 보험가입금액의 10%

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 암요양병원입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일로부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 암요양병원입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 최초계약 가입일부터 지급된 암요양병원입원비의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과한 경우에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 암요양병원입원비는 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

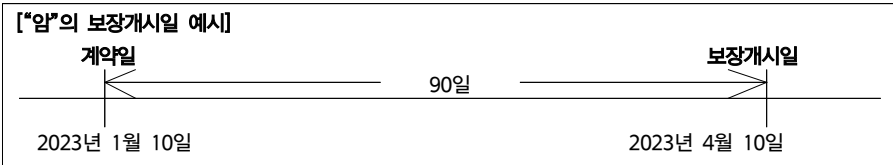


제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



- ② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 - 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 - 2. “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-27. 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 5 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 6 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- 8 “암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자가 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“통원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하

에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(“암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”라 함은 “암(4대유사암포함)”을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ② “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암(4대유사암포함)”을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에 아래 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 “암(4대유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”로 봅니다.
 - 1. “암(4대유사암포함)”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 “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]

적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”를 목적으로 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 아래의 금액을 암직접치료통원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료통원비의 지급일수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
“암”으로 입원시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

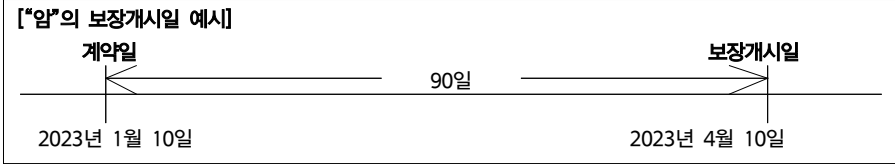
- ① 암직접치료통원비는 통원치료의 직접적인 원인 및 치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
- ② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “암(4대유사암포함)”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제7조(회사의 보장개시)

① 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



② “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-28. 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(3N5간편) 특별약관

제1조(“암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑦ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ⑧ “암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“통원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제3조(“암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”라 함은 “암(4대유사암포함)”을 제거하거나 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ② “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, “암(4대유사암포함)”을 제거하거나 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”에 아래 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 “암(4대유사암포함)”의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 아래 사항은 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”로 봅니다.
 - 1. “암(4대유사암포함)”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 “암(4대유사암포함)”이나 “암(4대유사암포함)” 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에 해당하는 말기환자에 대한 치료

[말기환자]

적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기환자의 진단 기준) ([부록] 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

제4조(“상급종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “상급종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정) ([부록] 참조)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제5조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 “암(4대유사암포함)의 직접적인 치료”를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1일당 아래의 금액을 암직접치료상급종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암직접치료상급종합병원통원비의 지급일수는 1일 통원당 1회에 한합니다.

구분	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
“암”으로 입원시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
“갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관의 보험가입금액

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

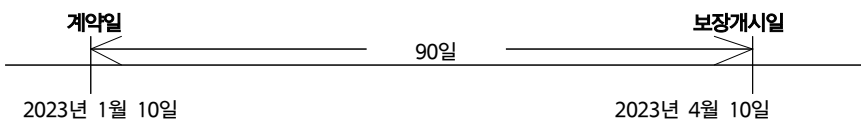
- 제5조(보험금의 지급사유)에 정한 암직접치료상급종합병원통원비의 지급일수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정이 된 경우, 상급종합병원 적용일부터 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다. 이 경우 상급종합병원 적용일은 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지 제5호 서식의 상급종합병원 지정서에서 정하는 지정기간의 시작일로 합니다.
- 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제5조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제7조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제8조(회사의 보장개시)

- 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

["암"의 보장개시일 예시]

- “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성종양”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-29. 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편), 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신 생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신 생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신 생물)”의 경우 일차성 악성 신 생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- ③ “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 뽑아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ 제4항 제6호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제6호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)수술비 II (수술 1회당)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)수술비 II (수술 1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간			갱신계약
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

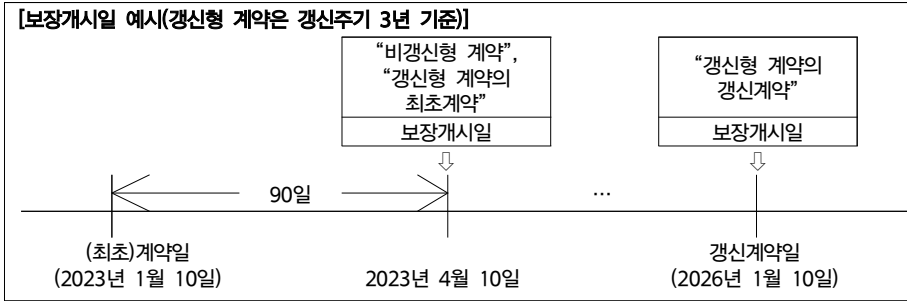
“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 암(4대유사암제외)수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-30. 4대유사암수술비 II (수술1회당)(3N5간편), 4대유사암수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“4대유사암”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “4대유사암”이라 함은 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
- 2 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에

따릅니다.

- ③ 이 특별약관에서 “감상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(감상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑦ “4대유사암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ 제4항 제6호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제6호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 4대유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 4대유사암수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-31. 암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편),
암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관**

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- 3 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- 1 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- 3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- 4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ 제4항 제6호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제6호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 암(4대유사암제외)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(1회한)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간			갱신계약
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

“항암방사선치료” 및 “항암약물치료”는 암(4대유사암제외)수술비가 지급되지 않습니다.

제5조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

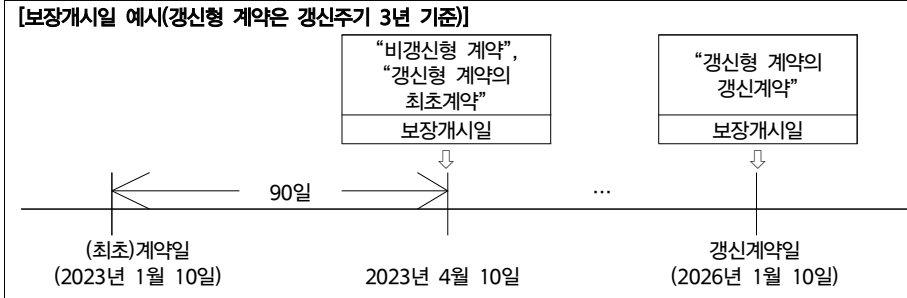
제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(4대유사암제외)수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약금급 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제

7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-32. 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ③ “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)

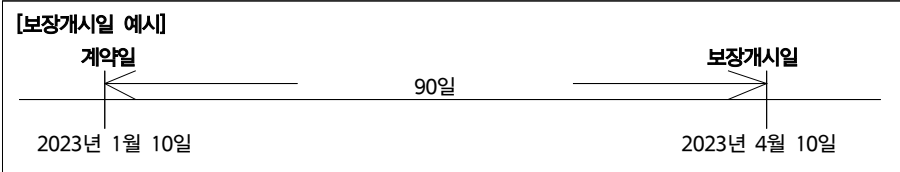
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일 이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-33. 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
 다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- ③ “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 무효)

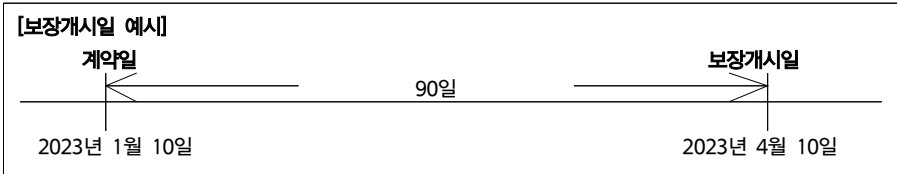
피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-34. 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- ③ “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“급여 항암방사선치료” 및 “급여 항암약물치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 항암방사선치료”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암방사선치료로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암방사선치료 분류표(【별표17】 참조)에 해당하는 진료행위(이하 “급여 항암방사선치료 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

[항암방사선치료]

방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암방사선치료 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암방사선치료” 외에 “급여 항암방사선치료 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.
- ④ 이 특별약관에서 “급여 항암약물치료”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 항암요법제로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 항암약물 분류표(【별표18】 참조)에서 정한 약효분류에 해당하는 약물(이하 “급여 항암약물 인정기준”이라 합니다)을 투여하는 것을 말합니다.

[항암약물치료]

해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

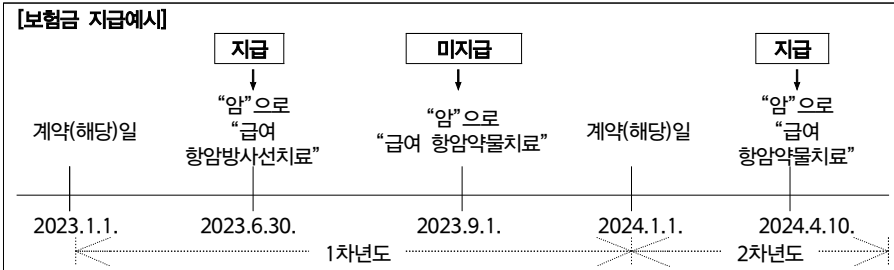
- 5) 제4항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 항암약물 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 항암약물 인정기준”을 따릅니다.
- 6) 제4항 및 제5항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 항암약물 분류표【별표18】참조에 해당하는 약제 외에 “급여 항암약물 인정기준”에 해당하는 약제가 있는 경우에는 그 약제도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- 1) 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간			지급한도
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

- 2) 제1항의 항암방사선약물치료비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 “급여 항암 방사선치료”와 “급여 항암약물치료”를 합산하여 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- 3) 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 날로 합니다.



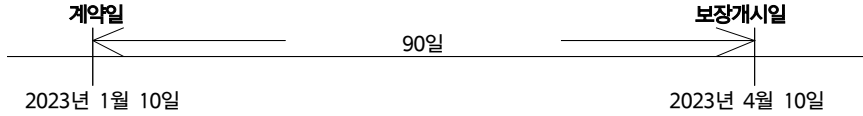
제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제5조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일 이 지난 날의 다음날로 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-35. 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암 상태 (Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑤ “특정유사암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“항암방사선치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목

적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우에는 세부보장(“기타피부암”, “갑상선암”)별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료비를 세부보장(“기타피부암”, “갑상선암”)별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-36. 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “특정유사암”이라 함은 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다. 다만, “전암 상태 (Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑤ “특정유사암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“항암약물치료”의 정의)

이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받은 경우에는 세부보장(“기타피부암”, “갑상선암”)별로 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부러 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암약물치료비를 세부보장(“기타피부암”, “갑상선암”)별로 각각 1회씩 총 2회 지급한 경우에는 최종 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-37. 말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한) (3N5간편) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ⑤ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ⑥ “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“말기암환자”, “호스피스전문기관”, “입원형 호스피스완화의료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “말기암환자”라 함은 입원자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 “법”이라 합니다) 제2조(정의) 제3호(【부록】 참조)에서 정한 말기환자에 해당하는 자를 말합니다.

[말기암환자]

적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제2조(말기암환자의 진단 기준)(【부록】 참조)에서 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 “호스피스전문기관”이란 법 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)(【부록】 참조)에 의해서 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “입원형 호스피스완화의료”란 법 제2조(정의) 제6호(【부록】 참조)에 따라 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 “말기암환자”와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료로서, 법 제28조(호스피스의 신청)(【부록】 참조)에 따라 “말기암환자”가 “호스피스전문기관”에 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

[입원형 호스피스]

보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, “말기암환자”를 대상으로 하는 “입원형 호스피스완화의료” 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기암호스피스완화의료치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 호스피스·완화의료 이용동의서, 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 무효)

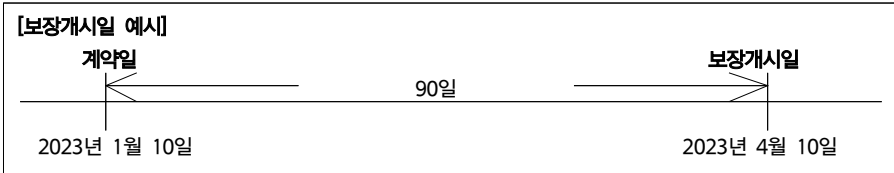
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정 유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기암호스피스완화의료치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-38. 특정양성뇌종양진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정양성뇌종양”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “특정양성뇌종양”이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 특정 양성뇌종양 분류표(【별표19】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.
- ② “특정양성뇌종양”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 신경외과 전문의에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 병력·신경학적 검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초로 합니다. 또한 회사가 “특정양성뇌종양”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정양성뇌종양”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정양성뇌종양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “특정양성뇌종양”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정양성뇌종양진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정양성뇌종양진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정양성뇌종양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-39. 뇌혈관질환진단비(3N5간편), 뇌혈관질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌혈관질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약 계약일부부터 경과기간		갱신계약
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 2 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 “암”(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 3 보통약관 제1절, 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 5 제2항의 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 6 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- 7 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.
- 8 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특

약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-40. 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편),
뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관**

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 부검감정서상 사인이 “뇌혈관질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환(90일면책)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간			갱신계약
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “뇌혈관질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌혈관질환(90일면책)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환(90일면책)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

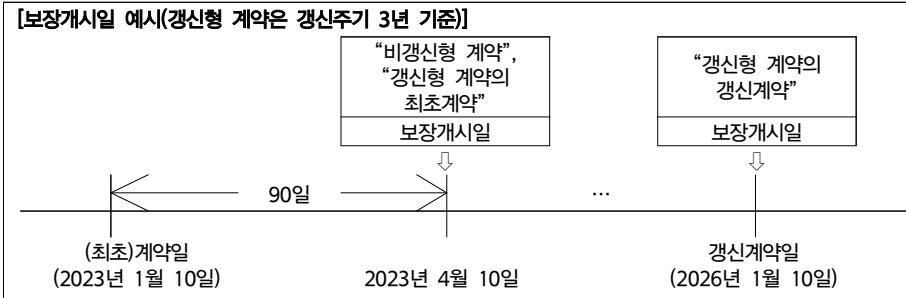
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “뇌혈관 질환”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환(90일면책)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 2 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형,

3N5간편고지형]

- ① 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 "암"("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 보통약관 제1절, 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 정당한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- ⑦ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의2("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- ⑧ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의3("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 "보장특약 자동갱신 특별약관" 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-41. 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편), 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조("뇌혈관질환"의 정의)

이 특별약관에서 "뇌혈관질환"이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(〔부록〕 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(〔부록〕 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-42. 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편), 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편)(갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“뇌혈관질환”의 정의)

이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 제1항에도 불구하고 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편)(갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종류일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-43. 뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의)

이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표20】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“통원”의 정의 및 장소)

- 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌혈관질환”으로 진단

이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌혈관질환”의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌혈관질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 아래의 금액을 뇌혈관질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

② 제1항의 뇌혈관질환통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.

③ 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-44. 뇌혈관질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌혈관질환”의 정의)

이 특별약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표2】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“통원”의 정의 및 장소)

① 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특별약관에서 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌혈관질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌혈관질환”의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌혈관질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 아래의 금액을 뇌혈관질환종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

- ② 제1항의 뇌혈관질환종합병원통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환종합병원통원비의 지급일수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-45. 뇌졸중진단비(3N5간편), 뇌졸중진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌졸중진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌졸중진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 2 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 “암”(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 3 보통약관 제1절, 공동조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- ⑦ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- ⑧ 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌졸중진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-46. 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편),
뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관**

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 “의료법” 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “뇌졸중”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간			갱신계약
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “뇌졸중”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌졸중(90일면책)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중(90일면책)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “뇌혈관 질환”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

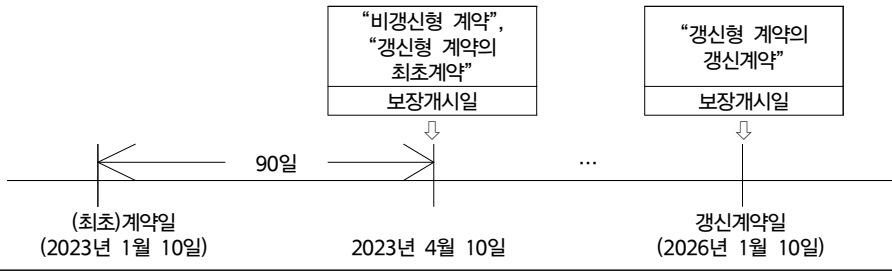
제5조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중(90일면책)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신형 계약은 갱신주기 3년 기준)]



제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

[1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)] 및 [3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)]

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제3호 및 제5호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험료의 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

[2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)] 및 [4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)]

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

[1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)] 및 [3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)]

- ① 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 "암"("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 보통약관 제1절, 공동조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ⑤ 제2항의 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.

- ⑦ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- ⑧ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-47. 뇌졸중수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 뽑아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술

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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 뇌졸중수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-48. 뇌졸중수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-49. 뇌혈관특정질환진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌혈관특정질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌혈관특정질환”이라 함은 뇌혈관특정질환 분류표(【별표36】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌혈관특정질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내러져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관특정질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌혈관특정질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관특정질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌혈관특정질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌혈관특정질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌혈관특정질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관특정질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관특정질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적용한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-50. 뇌출혈진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-51. 뇌출혈(90일면책)진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(「별표22」 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “뇌출혈”로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 부검감정서상 사인이 “뇌출혈”로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “뇌출혈”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈(90일면책)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “뇌출혈”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌출혈(90일면책)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌출혈(90일면책)진단비에 서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “뇌출혈”로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈(90일면책)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기

간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-52. 뇌출혈수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-53. 뇌출혈수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌출혈”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌출혈”이라 함은 뇌출혈 분류표(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌출혈”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- 4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유지술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌출혈”로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌출혈수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-54. 뇌경색중혈전용해치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌경색증”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “뇌경색증”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한 국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질환	분류번호
뇌경색증	163

- ② “뇌경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항의 “혈전용해제”라 함은 뇌혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-55. 뇌전증진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“뇌전증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌전증”이라 함은 뇌전증 분류표(【별표42】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분

류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ② “뇌전증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당 하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌전증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “뇌전증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌전증”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “뇌전증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 뇌전증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적용한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-56. 허혈성심장질환진단비(3N5간편), 허혈성심장질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 허혈성심장질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관

제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 2 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 "암"("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 2 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 3 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 5 제2항의 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 6 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- 7 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 "상해80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의2("상해80%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.
- 8 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 "질병80%이상후유장해"에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의3("질병80%이상후유장해"에 관한 세부규정)를 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-57. 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편),
허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관**

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과 의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “허혈성심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 “허혈성심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환(90일면책) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간			갱신계약
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “허혈성심장질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 허혈성심장질환(90일면책)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환(90일면책)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연

명의료중단결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

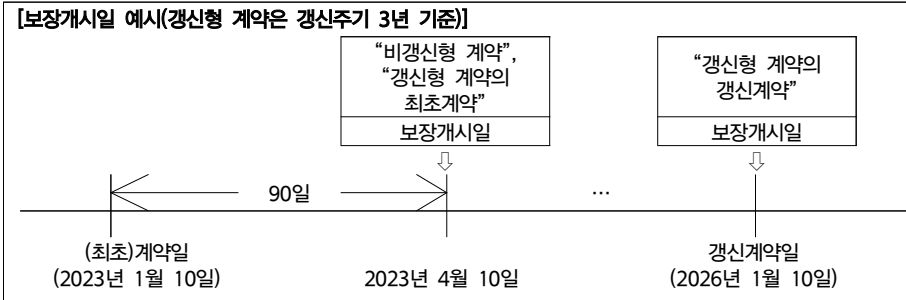
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “허혈성 심장질환”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환(90일면책)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

[1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)] 및 [3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)]

- 1 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 2 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 3 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

[2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)] 및 [4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)]

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 “암”(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 3 보통약관 제1절, 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 5 제2항의 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 6 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- 7 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- 8 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-58. 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편), 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“허혈성심장질환”의 정의)

이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말

하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장 종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-59. 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편), 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“허혈성심장질환”의 정의)

이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(별표23) 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-60. 허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의)

이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“통원”의 정의 및 장소)

- 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “허혈성심장질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “허혈성심장질환”의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “허혈성심장질환”을 통원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 아래의 금액을 허혈성심장질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

- 제1항의 허혈성심장질환통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
- 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 통원한 날로 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-61. 허혈성심장질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한) (3N5간편) 특별약관

제1조(“허혈성심장질환”의 정의)

이 특별약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표23】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“통원”의 정의 및 장소)

- 이 특별약관에서 “통원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 이 특별약관에서 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “허혈성심장질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “허혈성심장질환”의 치료 중에 발생한 합병

중 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “허혈성심장질환”을 통한 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제3조(“종합병원”의 정의)

이 특별약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)(【부록】 참조)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합 병원에 통원하였을 경우 아래의 금액을 허혈성심장질환종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

- ② 제1항의 허혈성심장질환종합병원통원비는 통원치료의 원인 및 직접치료의 종류와 상관없이 1일 1회, 연간 30일을 초과하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 통원 한 날로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환종합병원통원비의 지급일수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 피보험자가 종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원의 종합병원 지정이 취소된 경우 종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

**2-62. 급성심근경색증진단비(3N5간편),
급성심근경색증진단비(3N5간편, 갱신행) 특별약관**

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 급성심근경색증진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 “암”(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 3 보통약관 제1절, 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 5 제2항의 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 6 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- 7 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- 8 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 급성심근경색증진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-63. 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편), 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을

말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증(90일면책) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간		
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편, 갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간			갱신계약
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “급성심근경색증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 급성심근경색증(90일면책)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증(90일면책)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제6조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “급성심근경색증”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

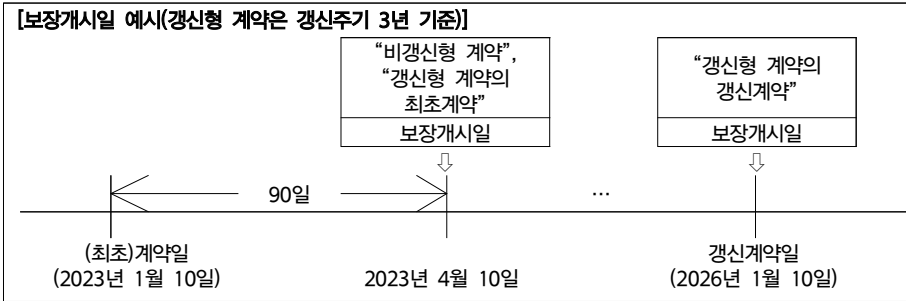
제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증(90일면책)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관

제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

[1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)] 및 [3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)]

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

[2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)] 및 [4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)]

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

[1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)] 및 [3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)]

- ① 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절. 납입면제조항 제4조("암"에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 보통약관 제3절. 납입면제조항 제1조("암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 "암"으로 진단확정 되고 "암납입면제보장개시일" 이후 동일한 "암"("암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약일부터 "암납입면제보장개시일" 전일 이전에 진단확정된 "암"이라 하더라도 "암납입면제보장개시일" 이후 5년이 지나는 동안 그 "암"으로 추가 진단(단순 건강검진제외) 또는 치료사실이 없을 경우, "암납입면제보장개시일"부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는

이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.

- ⑤ 제2항의 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(특약)과 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑥ 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- ⑦ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- ⑧ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-64. 급성심근경색증수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

다.

- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 뽑아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래의 금액을 급성심근경색증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-65. 급성심근경색증수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의

조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥파쇄술, 고주파정맥파쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-66. 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“심혈관특정질환 I”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “심혈관특정질환 I”이라 함은 심혈관특정질환 I 분류표(【별표37】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “심혈관특정질환 I”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환 I”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 부검감정서상 사인이 “심혈관특정질환 I”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환 I”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심혈관특정질환 I 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1년 이상 이 특별약관의 보험가입금액

2. 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1년 이상 이 특별약관의 보험가입금액	
		이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “심혈관특정질환 I”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관특정질환 I 진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환 I 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환 I 진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생 한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제

7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종류일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-67. 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”이라 함은 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외) 분류표(【별표39】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류에 따릅니다.
- ② “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과 의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

2. 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-68. 심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“심혈관특정질환 II”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “심혈관특정질환 II”이라 함은 심혈관특정질환 II 분류표(【별표38】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 2 “심혈관특정질환 II”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환 II”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “심혈관특정질환 II”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “심혈관특정질환Ⅱ”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심혈관특정질환Ⅱ 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 심혈관특정질환Ⅱ 진단비(3N5간편) 특별약관

계약일부터 경과기간	
1년 미만 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1년 이상 이 특별약관의 보험가입금액

2. 심혈관특정질환Ⅱ 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관

계약일부터 경과기간		갱신계약
1년 미만 이 특별약관 보험가입금액의 50%	1년 이상 이 특별약관의 보험가입금액	
		이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “심혈관특정질환Ⅱ”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심혈관특정질환Ⅱ 진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환Ⅱ 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환Ⅱ 진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생 한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제6조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- 1 계약자는 피보험자가 보통약관 제3절, 납입면제조항 제4조(“암”에 대한 회사의 납입면제보장개시)에서 정한 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 보통약관 제3절, 납입면제조항 제1조(“암”의 정의 및 진단 확정)에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암납입면제보장개시일” 이후 동일한 “암”(“암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 2 제1항에도 불구하고 청약일부터 “암납입면제보장개시일” 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암납입면제보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 3 보통약관 제1절, 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제5조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- 5 제2항의 “암납입면제보장개시일” 이후 5년이 지나는 동안 및 제4항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절, 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 6 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항 및 제4항의 청약일로 합니다.
- 7 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.
- 8 보통약관 제3절, 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절, 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)을 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제), 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)는 준용하지 않습니다.

2-69. 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “특정급성심근경색증”이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
급성심근경색증	I21

- ② “특정급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사, 한의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“혈전용해치료”의 정의)

- 이 특별약관에서 “혈전용해치료”라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사, 한의사 제외) 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- 제1항의 “혈전용해제”라 함은 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물[tPA(tissue plasminogen activator) 또는 Urokinase 등]을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- 제1항에도 불구하고 “혈전용해제”를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 “혈전용해치료”에서 제외됩니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정급성심근경색증혈전용해치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-70. 첫3대질병(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)진단비 (1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- 3 “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 2 “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 2 “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수

- 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 3대질병(“암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”) 중 어느 하나에 해당하는 질병으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 첫3대질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간		
	90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상
“암”으로 진단확정시	-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
“뇌졸중”으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관의 보험가입금액
“급성심근경색증”으로 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 50%		이 특별약관의 보험가입금액

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 「암」에 대한 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 「암」에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(「암」에 대한 보장개시일 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 제2항에도 불구하고 청약일부터 「암」에 대한 보장개시일 전일 이전에 진단확정된 「암」이라 하더라도 「암」에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「암」에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- 제3항의 「암」에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 이 항은 보통약관 제1절. 공동조항 제 32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 보통약관 제1절. 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.
- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제9조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 3대질병(“암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”)을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 첫3대질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 첫3대질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 첫3대질병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공동조항 제 7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관

제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(특별약관 보험료의 납입면제)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

- ① 회사는 보험료 납입기간 중에 피보험자에게 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 사유 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 상해로 인하여 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제8조(특별약관 보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 및 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】

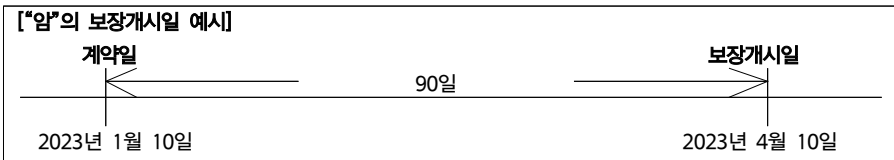
- ① 보통약관 제1절. 공통조항 제20조(보험계약의 성립) 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙한 경우에는 제7조(특별약관 보험료의 납입면제)에서 정한 납입면제 사유 중 보장이 제외되는 질병에 해당하는 납입면제 사유는 적용하지 않습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보장이 제외되는 질병에 대하여 청약일부터 5년이 지나는 동안 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보험료의 납입면제를 적용합니다.
- ③ 제2항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 보통약관 제1절. 공통조항 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제2항의 청약일로 합니다.
- ⑤ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호에서 정한 “상해80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의2(“상해80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.
- ⑥ 보통약관 제3절. 납입면제조항 제5조(보험료의 납입면제) 제1항 제2호에서 정한 “질병80%이상후유장해”에 대해서는 보통약관 제3절. 납입면제조항 제6조의3(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)를 따릅니다.

【2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 및 【4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)】

이 계약은 납입면제 미운영형 상품으로 특별약관 보험료의 납입면제를 적용하지 않습니다.

제9조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장 개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



② “뇌졸중”, “급성심근경색증”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
 2. “뇌졸중”, “급성심근경색증”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-71. 계속암(재진단암)진단비 II (3N5간편) 특별약관

제1조(“첫번째암” 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “첫번째암”이라 함은 제10조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 보장개시일 이후에 최초로 발생한 “암”을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “암”은 악성신 생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신 생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신 생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 “전립선암”이라 함은 악성신 생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C61(전립선의 악성 신 생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신 생물)”의 경우 일차성 악성 신 생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ⑦ “암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “전립선암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단 검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견

을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타 피부암”, “갑상선암” 또는 “전립선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

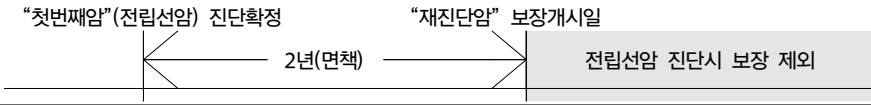
제2조(“재진단암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “재진단암”이라 함은 제10조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 다음 중 어느 하나에 해당되는 암을 말합니다. 다만, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “전립선암”은 제외합니다.
 1. 새로운 원발암 : 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암
 2. 전이암 : 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암
 3. 재발암 : “첫번째암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 경우
 4. 잔여암 : 제10조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 보장개시일 이후에 발생한 “암”의 진단부위에 암세포가 남아있는 경우(단, “전립선암”은 제외합니다)

“첫번째암”에서 제외되는 악성 신생물	“재진단암”에서 제외되는 악성 신생물
기타피부암 갑상선암 -	기타피부암 갑상선암 전립선암

【“첫번째암”이 “전립선암”인 경우의 보장 예시】

“첫번째암”이 “전립선암”인 경우, 2년 후 “재진단암” 보장을 개시하되 전립선암에 대한 보험금은 지급하지 않습니다.



- ② “재진단암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암”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.

제3조(“항암방사선치료” 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암 세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애

는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

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

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

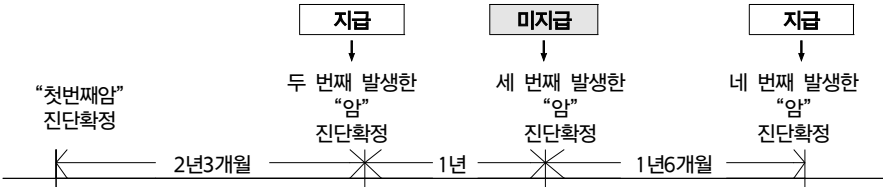
- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험금의 지급사유)

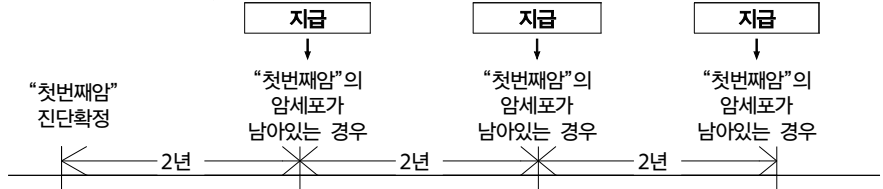
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 “재진단암”의 보장개시일 이후에 “재진단암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 계속암(재진단암) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급예시]

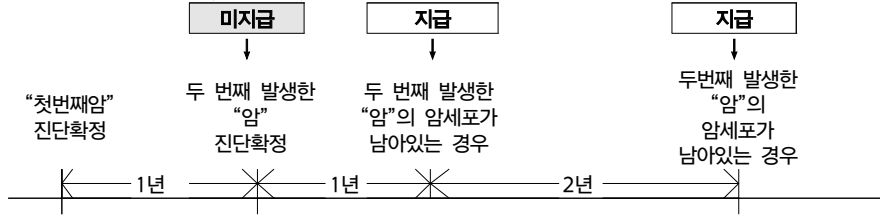
1. 새로운 원발암, 전이암, 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



2-1. 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



2-2. 잔여암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 “재진단암”의 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “재진단암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 계속암(재진단암)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 계속암(재진단암)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

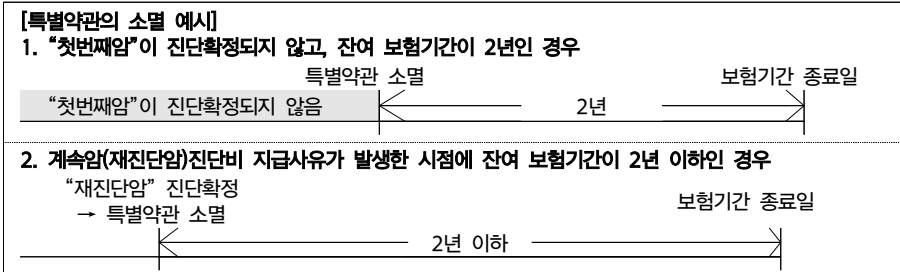
회사는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 2년 이내에 제2조(“재진단암”의 정의 및 진단확정) 제1항 제1호 내지 제4호 중 어느 하나에 해당되는 암(“기타피부암”, “갑상선암” 및 “전립선암”은 제외합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일로부터 제10조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 “첫번째암”의 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.
 1. “첫번째암”이 진단확정되지 않고, 이 특별약관의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간(이하 “잔여 보험기간”이라 함.)이 그 날을 포함하여 2년인 경우
 2. 계속암(재진단암)진단비 지급사유가 발생한 시점에 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우

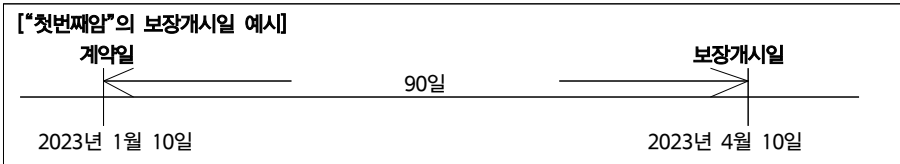


- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(회사의 보장개시)

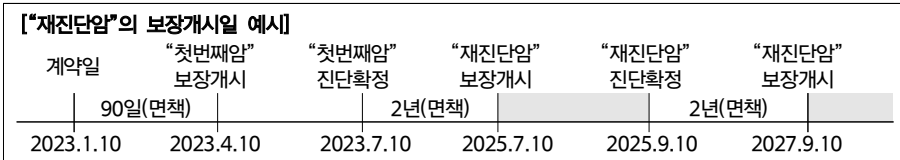
보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “첫번째암” 및 “재진단암”에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

1. “첫번째암”의 보장개시일 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날



2. “재진단암”의 보장개시일

- 가. 첫 번째 “재진단암” : “첫번째암” 진단확정일부턴 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
- 나. 두 번째 이후 “재진단암” : 직전 “재진단암” 진단확정일부턴 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날



제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 “첫번째암” 및 “재진단암”에 대한 보장개시일은 아래와 같이

적용합니다.

1. 이 특별약관이 해지되기 전에 “첫번째암”으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력 회복)일을 계약일로 하여 제10조(회사의 보장개시)를 적용합니다.
2. 이 특별약관이 해지되기 전에 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 진단확정된 경우 : “재진단암”에 대한 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-72. 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“첫번째암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “첫번째암(4대유사암포함)”이라 함은 제10조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 보장개시일 이후에 최초로 발생한 “암(4대유사암포함)”을 말하며, “암(4대유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【별표11】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 5 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표(【별표12】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 6 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표(【별표13】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 7 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준】

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

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

- 예시

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

- 8 “암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 함

니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(4대유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“재진단암(4대유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “재진단암(4대유사암포함)”이라 함은 제10조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 다음 중 어느 하나에 해당되는 “암(4대유사암포함)”을 말합니다.
 1. 새로운 원발암 : 원발부위에 발생한 “암(4대유사암포함)”으로 “첫번째암(4대유사암포함)” 또는 “재진단암(4대유사암포함)”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 “암(4대유사암포함)”
 2. 전이암 : 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 “암(4대유사암포함)”
 3. 재발암 : “첫번째암(4대유사암포함)” 또는 “재진단암(4대유사암포함)”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 “암(4대유사암포함)”으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암(4대유사암포함)” 또는 “재진단암(4대유사암포함)”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암(4대유사암포함)” 또는 “재진단암(4대유사암포함)”으로 인하여 새롭게 “암(4대유사암포함)”이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 경우
 4. 잔여암 : 제10조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 보장개시일 이후에 발생한 “암(4대유사암포함)”의 진단부위에 암세포가 남아있는 경우
- ② “재진단암(4대유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “재진단암(4대유사암포함)”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.

제3조(“항암방사선치료” 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

【면역요법】

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제4조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것, 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용 또는 성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

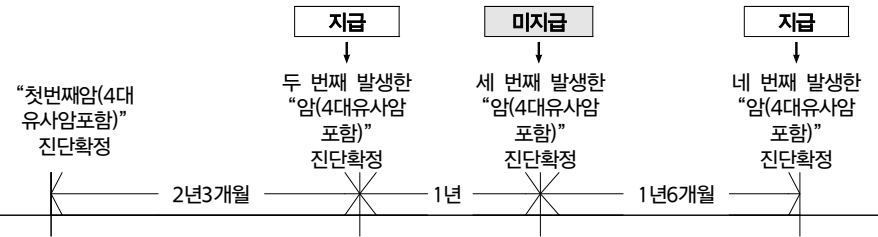
- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제5조(보험금의 지급사유)

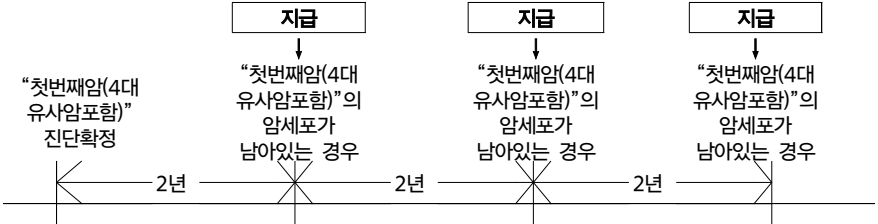
- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 “재진단암(4대유사암포함)”의 보장개시일 이후에 “재진단암(4대유사암포함)”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

[보험금 지급예시]

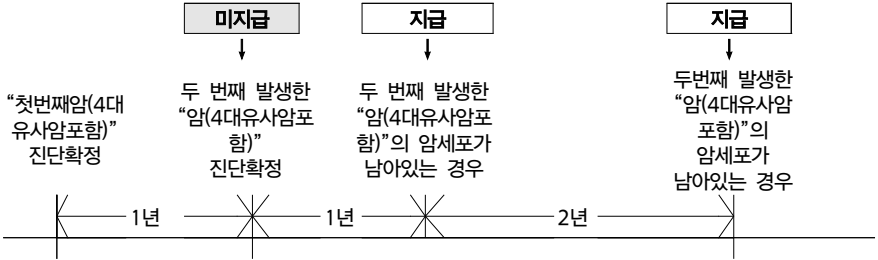
1. 새로운 원발암, 전이암, 재발암



2-1. 잔여암



2-2. 잔여암



② 제1항의 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비는 지급사유 발생일에 복수의 "재진단암(4대유사암포함)"이 존재하더라도 1회에 한하여 지급합니다.

[복수의 "재진단암(4대유사암포함)"이 발생한 경우 보험금 지급예시]

C34(기관지 및 폐의 악성 신생물)로 "첫 번째암(4대유사암포함)"이 진단확정되고, 경과기간 2년 후 "첫 번째암(4대유사암포함)"의 암세포가 남아있고, 해당 암이 간 및 뇌로 전이되어 C78.7(간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물), C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로도 진단된 경우에도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제10조(회사의 보장개시) 제2호에서 정한 "재진단암(4대유사암포함)"의 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 "재진단암(4대유사암포함)"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약 자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

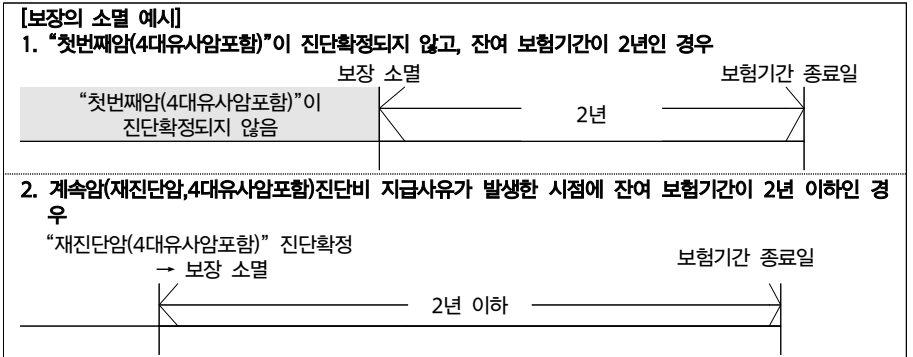
회사는 제5조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 2년 이내에 “재진단암(4대유사암포함)”으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제10조(회사의 보장개시) 제1호에서 정한 “첫번째암(4대유사암포함)”의 보장개시일 전일 이전에 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 해당하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.
 - “첫번째암(4대유사암포함)”이 진단확정되지 않고, 이 특별약관의 보험기간 종료일까지의 잔여 보험기간(이하 “잔여 보험기간”이라 합니다)이 그 날을 포함하여 2년인 경우
 - 계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비 지급사유가 발생한 시점에 잔여 보험기간이 진단확정일을 포함하여 2년 이하인 경우



- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제1항 및 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- 제2항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

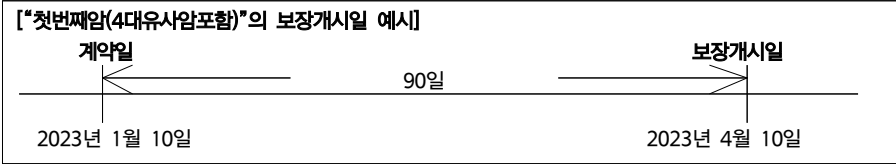
[실종선고]
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

제10조(회사의 보장개시)

제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “첫번째암(4대유사암포함)” 및 “재진단암(4대유사암포함)”에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.

- “첫번째암(4대유사암포함)”의 보장개시일

- 가. 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 : 계약일
- 나. 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 : 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날



2. "재진단암(4대유사암포함)"의 보장개시일
 - 가. 첫 번째 "재진단암(4대유사암포함)" : "첫번째암(4대유사암포함)" 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날
 - 나. 두 번째 이후 "재진단암(4대유사암포함)" : 직전 "재진단암(4대유사암포함)" 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날

["재진단암(4대유사암포함)"의 보장개시일 예시]

계약일	"첫번째암(4대유사암포함)" 보장개시	"첫번째암(4대유사암포함)" 진단확정	"재진단암(4대유사암포함)" 보장개시	"재진단암(4대유사암포함)" 진단확정	"재진단암(4대유사암포함)" 보장개시
2023.1.10	90일(면책)	2023.4.9	2년(면책)	2023.7.10	2025.7.10
				2년(면책)	2025.9.10
					2027.9.10

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1. 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2. 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우 "첫번째암(4대유사암포함)" 및 "재진단암(4대유사암포함)"에 대한 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(4대유사암포함)"으로 진단확정되지 않은 경우 : 이 특별약관의 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제10조(회사의 보장개시)를 적용합니다.
 2. 이 특별약관이 해지되기 전에 "첫번째암(4대유사암포함)" 또는 "재진단암(4대유사암포함)"으로 진단확정된 경우 : "재진단암(4대유사암포함)"에 대한 보장개시일은 제10조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-73. 심장판막협착증(대동맥판막)진단비(3N5간편) 특별약관

제1조("심장판막협착증(대동맥판막)"의 정의 및 진단확정)

1. 이 특별약관에서 "심장판막협착증(대동맥판막)"이라 함은 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표(【표5-7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2. "심장판막협착증(대동맥판막)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도검사, 심장초음파검사, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 관상동맥조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 "심장판막협착증(대동맥판막)"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을

- 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부정감정서상 사인이 “심장판막협착증(대동맥판막)”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “심장판막협착증(대동맥판막)”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심장판막협착증(대동맥판막)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1. 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “심장판막협착증(대동맥판막)”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심장판막협착증(대동맥판막) 진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심장판막협착증(대동맥판막)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
2. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

1. 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심장판막협착증(대동맥판막)진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3. 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-74. 심근병증진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“심근병증”의 정의 및 진단확정)

1. 이 특별약관에서 “심근병증”이라 함은 심근병증 분류표(【별표43】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
2. “심근병증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부 X-

선 검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “심근병증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 “심근병증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “심근병증”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 심근병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “심근병증”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 심근병증진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 심근병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 심근병증진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-75. 만성호흡기질환진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“만성호흡기질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “만성호흡기질환”이라 함은 만성호흡기질환 분류표(【별표25】 참조)에서 정한 질병으로서 폐장지 비가역적인 기능부전을 보여 그 결과 평지에서서의 보행에도 호흡곤란이 있는 상태이며, 다

음의 기준 중 한 가지 이상에 해당되어야 합니다.

단, 진단확정을 위하여 폐기능 검사성적과 동맥혈 가스분석검사를 모두 시행하고, “만성호흡기질환”의 경과 중에 가장 적절하게 상병을 나타내고 있다고 생각되는 검사성적에 근거하여 진단이 내려져야 합니다. 이 때, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

1. 폐기능 검사에서 최대한 노력하여 잘 불었을 때 1초간 노력성 호기량(FEV1.0)이 지속적으로 정상 예측치의 40% 이하

2. 비가역적인 만성 저산소증으로서 안정상태에서의 동맥혈 가스분석검사(ABGA)상 동맥혈 산소분압(PaO2)이 65mmHg 이하

② “만성호흡기질환”의 진단확정은 정기적인 폐기능 검사, 흉부X선 검사, 동맥혈 가스분석검사 등을 포함한 진단서, 소견서 진료기록 등을 근거로 하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 재(환)의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “만성호흡기질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “만성호흡기질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 만성호흡기질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “만성호흡기질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 만성호흡기질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 만성호흡기질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 만성호흡기질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-76. 말기폐질환진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“말기폐질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “말기폐질환”이라 함은 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로서 말기 폐질환 분류표(【별표26】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.이 때, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
 1. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태
 2. 평상시 1초간 노력성 호기량(FEV1.0) 검사가 정상예측치의 25% 이하
- ② “말기폐질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과 의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “말기폐질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “말기폐질환”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 말기폐질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “말기폐질환”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 말기폐질환진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기폐질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 말기폐질환진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-77. 특정전염병발생금(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정전염병”의 정의)

이 특별약관에서 “특정전염병”이라 함은 특정전염병 분류표(【별표27】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정전염병”에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 아래의 금액을 특정전염병발생금으로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-78. 대상포진진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“대상포진”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “대상포진”이라 함은 대상포진 분류표(【별표28】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “대상포진”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “대상포진”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “대상포진”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “대상포진”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-79. 대상포진눈병진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“대상포진눈병”의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 “대상포진눈병”이라 함은 대상포진눈병 분류표(【별표29】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- “대상포진눈병”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “대상포진눈병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사 결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “대상포진눈병”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 대상포진눈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “대상포진눈병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 대상포진눈병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진눈병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 대상포진눈병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-80. 통풍진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“통풍”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “통풍”이라 함은 통풍 분류표(【별표30】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “통풍”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상학적 기준을 근거로 검사 소견(혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광 현미경 검사, 기타 혈액검사 등) 및 영상 소견(초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등)을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “통풍”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “통풍”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 통풍진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “통풍”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 통풍진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 통풍진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통풍진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-81. 특정천공진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정천공”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “특정천공”이라 함은 특정천공 분류표(【별표49】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질

병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ② “특정천공”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “특정천공”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정천공”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정천공진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “특정천공”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정천공진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정천공진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정천공진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-82. 특정천공동반질병진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정천공동반질병”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “특정천공동반질병”이라 함은 특정천공동반질병 분류표(【별표50】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “특정천공동반질병”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “특정천공동반질병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정천공동반질병”으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 특정천공동반질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “특정천공동반질병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정천공동반질병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정천공동반질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정천공동반질병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-83. 특정천공동반개실병진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정천공동반개실병”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “특정천공동반개실병”이라 함은 특정천공동반개실병 분류표【별표51】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 2 “특정천공동반개실병”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “특정천공동반개실병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정천공동반개실병”으로 진단확정된 경우에는 아래의 금액을 최초 1회에 한하여 특정천공동반개실병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “특정천공동반게실병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 특정천공동반게실병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정천공동반게실병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 2 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정천공동반게실병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-84. 파킨슨병진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“파킨슨병”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “파킨슨병”이라 함은 도파민 신경세포의 퇴행으로 인하여 중대한 운동기능의 장애를 유발하며 떨림, 경직, 운동완서의 3대 증상을 특징으로 하는 질병으로서 파킨슨병 분류표(「별표44」 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

【운동완서】

운동이 비정상적으로 완만한 것, 육체적 및 정신적 반응이 둔한 것을 말합니다.

- 2 “파킨슨병”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(「부록」 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 신경과 또는 정신건강의학과 전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 도파민-단일광자방출단층촬영(SPECT), 파킨슨병의 평가도구(UPDRS), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 “파킨슨병”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “파킨슨병”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 파킨슨병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
-	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “파킨슨병”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 파킨슨병진단비를 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절, 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 파킨슨병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(〔부록〕 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 - 피보험자의 3촌 이내의 친족
- 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
- 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
- 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계 증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1. 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
2. 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제10조(특별약관의 무효)

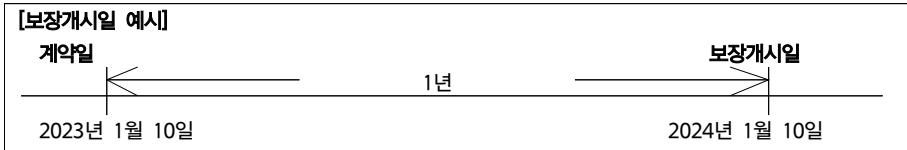
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “파킨슨병”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

1. 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 파킨슨병진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3. 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)

보통약관 제1절. 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1. 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절. 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2. 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 1년이

지난 날의 다음날로 합니다.

제14조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-85. 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관

제1조(“독감(인플루엔자)”의 정의)

이 특별약관에서 “독감(인플루엔자)”이라 함은 독감(인플루엔자) 분류표(【별표31】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“입원”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “독감(인플루엔자)”의 직접적인 치료를 목적으로 한 “입원”이란 의사에 의해 “독감(인플루엔자)”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “독감(인플루엔자)”의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “독감(인플루엔자)”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “독감(인플루엔자)”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “독감(인플루엔자)”으로 진단된 경우 에 이는 “독감(인플루엔자)”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

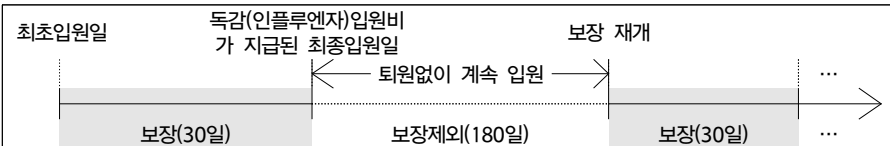
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “독감(인플루엔자)”의 직접적인 치료를 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 독감(인플루엔자)입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 독감(인플루엔자)입원비의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 독감(인플루엔자)입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도

- 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 독감(인플루엔자) 입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
 - ⑤ 제1항에서 “계속입원”이라 함은 입원 치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-86. 조혈모세포이식수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“조혈모세포이식수술”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “조혈모세포이식수술”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부 전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로, 다음에서 정한 시술을 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.
 1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈 모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
 2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
 3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
 4. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
 5. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
- ② 제1항의 “조혈모세포이식수술”은 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 이식수혜자로서 “조혈모세포이식수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 조혈모세포이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-87. 갑상선기능항진증치료비(1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조("갑상선기능항진증", "갑상선기능항진증치료"의 정의)

① 이 특별약관에서 "갑상선기능항진증"이라 함은 아래에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

대상질병	분류번호
갑상선독증(갑상선기능항진증)	E05

② "갑상선기능항진증치료"라 함은 "갑상선기능항진증"의 직접적인 치료를 목적으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다. 단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

1. 급여 갑상선절제술 분류표【별표32】참조에서 정한 진료행위(이하 "급여 갑상선절제술"이라 합니다)를 받은 경우
2. 방사성요오드치료를 받은 경우
3. 항갑상선제를 처방받은 투약일수가 60일 이상인 경우

<ul style="list-style-type: none"> • 방사성요오드치료 : 주성분이 요오드화 나트륨(131I)에 해당하는 치료 • 항갑상선제 : 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제

- ③ 제3항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 "급여 갑상선절제술"의 범위가 변경된 경우에는 해당 치료를 행한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ④ 제4항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "갑상선기능항진증"으로 "갑상선기능항진증치료"를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선기능항진증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 피보험자가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선기능항진증치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기

간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-88. 특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회환,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“특정뇌동맥질환”의 정의)

이 특별약관에서 “특정뇌동맥질환”이라 함은 특정뇌동맥질환 분류표【별표41】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“급여 혈관색전술”의 정의 및 장소)

- 이 특별약관에서 “급여 혈관색전술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 혈관색전술”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 혈관색전술 분류표【별표45】 참조)에서 정한 진료행위(이하 “급여 혈관색전술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 다만, “특정뇌동맥질환” 이외의 척추혈관, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형에 대해 “급여 혈관색전술”을 받은 경우 및 “급여 혈관색전술”을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.
- 제1항의 “급여 혈관색전술”은 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “의사”의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.
- 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 혈관색전술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 혈관색전술 인정기준”을 따릅니다.
- 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “특정뇌동맥질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 특정뇌동맥질환혈관색전술치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회환

- 제1항의 특정뇌동맥질환혈관색전술치료비는 “급여 혈관색전술”을 받은 부위 및 횡수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 혈관색전술”을 받은 날로 합니다.

제4조(보험금의 청구)

- 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 청구서(회사 양식)
 - 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는

의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-89. 관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“급여 관상동맥성형술”의 정의 및 장소)

- 이 특별약관에서 “급여 관상동맥성형술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 관상동맥성형술”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 관상동맥성형술 분류표(【별표46】 참조)에서 정한 진료행위(이하 “급여 관상동맥성형술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 다만, “급여 관상동맥성형술”을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우 및 도관을 이용한 약물주입은 보장에서 제외합니다.
- 제1항의 “급여 관상동맥성형술”은 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “의사”의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.
- 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 관상동맥성형술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 관상동맥성형술 인정기준”을 따릅니다.
- 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 관상동맥성형술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 관상동맥성형술치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

- 제1항의 관상동맥성형술치료비는 “급여 관상동맥성형술”을 받은 부위 및 횡수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 관상동맥성형술”을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외)

【습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기 준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-90. 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“급여 심장부정맥고주파·냉각절제술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표(【별표47】 참조)에서 정한 진료행위(이하 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준”이라 합니다)를 말합니다. 다만, “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제술”을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외 합니다.
- ② 제1항의 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술”은 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “의사”의 관리하에 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 및 의원에서 행한 진료행위에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 인정기준”을 따릅니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 법령의 폐지 또는 개정에 따라 보험금의 지급사유에 대해 판정이 불가능할 경우 회사는 폐지 또는 개정 직전의 관련 법령에 따라 보험금 지급여부를 판정합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제술”을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 심장부정맥고주파·냉각절제술 치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

- ② 제1항의 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비는 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은 부위 및 횡수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래 하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 심장부정맥고주파·냉각절제술”을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외)

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다음의 질병에 의해 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않으며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
1. 선천기형, 병형 및 염색체이상(Q00~Q99)

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-91. 특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조("여성 특정유방질환"의 정의)

이 특별약관에서 "여성 특정유방질환"이라 함은 여성 특정유방질환 분류표【별표48】참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, 여성 특정유방질환 분류표에서 정한 바에 따라 아래에 정한 질병은 제외합니다.

1. 유방의 비대(N62)

제2조("초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술"의 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.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 "여성 특정유방질환"으로 "여성 특정유방질환"의 조직검사 또는 치료를 직접적인 목적으로 "초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술"을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정유방병변진공흡인절제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(특별약관의 소멸)

- 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정유방병변진공흡인절제치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(보험금의 청구)

- 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 - 청구서(회사 양식)
 - 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-92. 갑상선비늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“급여 갑상선비늘생검조직병리검사”의 정의)

- 이 특별약관에서 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 갑상선비늘생검조직병리검사 분류표(【별표60】 참조)에서 정한 진료행위(이하 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- 제1항의 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사”가 필요하다고 인정된 경우로서 갑상선의 영상학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
- 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사 인정기준”을 따릅니다.
- 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 갑상선비늘생검조직병리검사 분류표(【별표60】 참조)에서 정한 진료행위 외에 “급여 갑상선비늘생검조직병리검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급여 감상선바늘생검조직병리검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 감상선바늘생검조직병리검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

- ② 제1항의 감상선바늘생검조직병리검사비는 “급여 감상선바늘생검조직병리검사”를 받은 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
 ③ 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 감상선바늘생검조직병리검사”를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 병리검사결과지, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-93. 유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“급여 유방바늘생검조직병리검사”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 유방바늘생검조직병리검사”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “급여 유방바늘생검조직병리검사”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표(【별표59】 참조)에서 정한 진료행위(이하 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 “급여 유방바늘생검조직병리검사”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 “급여 유방바늘생검조직병리검사”가 필요하다고 인정된 경우로서 유방의 영상의학적 검사, 혈액 검사, 신체 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 “급여 유방바늘생검조직병리검사”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”을 따릅니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표(【별표59】 참조)에서 정한 진료행위 외에 “급여 유방바늘생검조직병리검사 인정기준”에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급여 유방바늘생검조직병리검사”를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 유방바늘생검조직병리검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

계약일부터 경과기간	
1년 미만	1년 이상
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액

- ② 제1항의 유방바늘생검조직병리검사비는 “급여 유방바늘생검조직병리검사”를 받은 부위 및 횟수와 상관 없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일(갱신계약의 경우 갱신계약일)부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “급여 유방바늘생검조직병리검사”를 받은 날로 합니다.

제3조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 병리검사결과지, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-94. 보험료납입면제대상보장(4대사유)(3N5간편) 특별약관

※ 상기의 특별약관은 【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 또는 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】을 가입한 경우에만 부가할 수 있습니다.

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표【별표11】 참조에서 정한 질병 중 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병” 및 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ③ “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중 분류표(【별표21】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “뇌졸중”으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표24】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 중 어느 하나에 해당하는 때에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 “급성심근경색증”으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하는 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 진단확정된 질병의 직접 결과로서 장애분류표(【별표1】 참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 된 경우(이하 “질병80%이상후유장애”라 합니다)

2. 제8조(회사의 보장개시) 제1항에서 정한 「암」에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우
3. “뇌졸중”으로 진단확정된 경우
4. “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 계약자는 피보험자가 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 「암」에 대한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 이 특별약관을 취소하지 않은 경우에는 「암」에 대한 보장개시일 이후 동일한 암(「암」에 대한 보장개시일 전일 이전에 진단확정된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 포함합니다)으로 진단확정된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 청약일부터 「암」에 대한 보장개시일 전일 이전에 진단확정된 “암”이라 하더라도 「암」에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 그 “암”으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 「암」에 대한 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ④ 제3항의 「암」에 대한 보장개시일 이후 5년이 지나는 동안 이 항은 보통약관 제1절. 공동조항 제 32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑤ 보통약관 제1절. 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우에는 제3항의 청약일은 부활(효력회복)을 청약한 날로 합니다.
- ⑥ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 아래의 대상질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 하여 보험금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공동조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

대상질병
“암”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”

- ⑦ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(【부록】 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제6항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제6조(“질병80%이상후유장해”에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. 만일 계약의 효력이 없어진 경우에 보장받을 수 있는 기간은 다음과 같습니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약 : 질병의 진단확정일로부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약 : 질병의 진단확정일로부터 1년 이내
- ③ 장해분류표에서 정한 장해에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 장해지급률에 해당하는 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유) 제1호의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 발생한 경우에는 각 장해지급률을 합산하여 보험금을 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 다른 질병으로 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장애가 있었던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항의 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 장애지급률을 최종 후유장애상태에 해당되는 장애지급률에서 차감하여 결정합니다.
 1. 이 특별약관의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장애로 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애
 2. 상기 제1호 이외에 이 특별약관의 규정에 의하여 보험금의 지급사유가 되지 않았던 장애 또는 보험금이 지급되지 않았던 장애

[제1호 관련 예시]

보험가입 전 한 팔에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 보험가입 후 질병으로 팔의 장애가 장애지급률 80%에 해당하게 된 경우에는 보험가입 후 발생한 질병으로 인한 장애지급률 80%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 5%를 뺀 75%를 최종 장애지급률로 결정합니다.

[제2호 관련 예시]

보험기간 중에 발생한 상해를 원인으로 오른쪽 눈에 장애지급률 5%에 해당하는 장애가 있었던 피보험자가 이후에 질병을 원인으로 눈의 장애가 장애지급률 80%에 해당하는 장애가 된 경우 장애지급률 80%에서 상해로 인한 장애지급률 5%를 뺀 75%를 질병으로 인한 장애의 최종 장애지급률로 결정합니다.

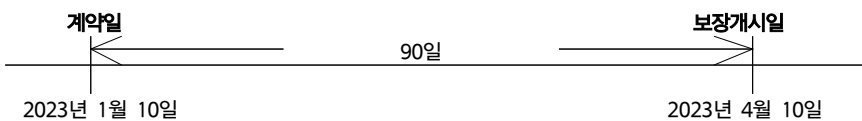
제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공동조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

[보장개시일 예시]



- ② “질병80%이상후유장애”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”에 대한 보장개시일은 계약일로 합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공동조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 아래와 같이 적용합니다.
 1. “암”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

2. “질병80%이상후유장애”, “뇌졸중”, “급성심근경색증”의 보장개시일 : 부활(효력회복)일

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

2-95. 보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)(3N5간편) 특별약관

※ 상기의 특별약관은 【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】 또는 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】을 가입한 경우에만 부가할 수 있습니다.

제1조(“4대유사암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “4대유사암”이라 함은 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표【별표11】 참조의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표【별표11】 참조의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 이 특별약관에서 “제자리암”이라 함은 제자리신생물 분류표【별표12】 참조에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 “경계성종양”이라 함은 행동양식 별명 또는 미상의 신생물 분류표【별표13】 참조에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ⑦ “4대유사암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “4대유사암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“납입지원대상 보장” 및 “납입지원대상 보장보험료”의 정의)

① 이 특별약관에서 “납입지원대상 보장”이라 함은 이 계약의 계약자가 가입한 보통약관 및 특별약관 중에서 아래의 특별약관을 제외한 보장을 말합니다.

1. 【1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】
 - 가. 갱신형 특별약관
 - 나. 보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)(3N5간편) 특별약관
 - 다. 독립특별약관
2. 【3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)】
 - 가. 갱신형 특별약관
 - 나. 보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)(3N5간편) 특별약관
 - 다. 독립특별약관

- ② 이 특별약관에서 “납입지원대상 보장보험료”라 함은 제1항의 “납입지원대상 보장”의 납입 1회당 보장 보험료를 말하며, 사고 당시 기준으로 계산합니다.

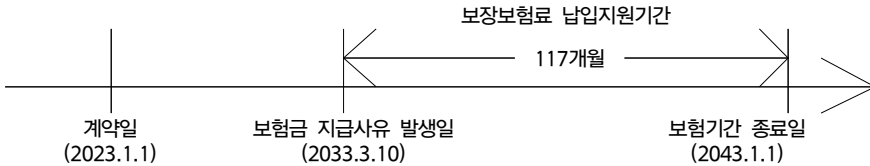
제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대우사암”으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여, 보장보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 보장보험료 납입지원금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 해당연도의 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 보험금 지급사유 발생일로 합니다.

구분	지급금액(1회 지급액)	지급방법
보장보험료 납입지원금	“납입지원대상 보장보험료”의 50% × 당해연도 납입지원 개월수	보장보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액(1회 지급액) 확정지급

- ② 제1항의 “보장보험료 납입지원기간”이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.
 ③ 제1항의 “당해연도 납입지원 개월수”라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 다만, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

[보험금 지급예시] “납입지원대상 보장보험료” 20만원, 보험기간 20년 기준 (= 보통약관 납입기간)



지급시기 (매년3.10)	당해연도	당해연도 납입지원 개월수	지급금액(1회지급액) : “납입지원대상 보장보험료”의 50% × 당해연도 납입지원 개월수
2033년~ 2041년(9년간)	33.3.10. ~ 34.3.9. 34.3.10. ~ 35.3.9. ...	12개월 (매년 동일)	20만원의 50% × 12개월 =120만원 (매년동일)
2042년	42.3.10. ~ 42.12.31.	9개월 ^{주)}	20만원의 50% × 9개월 =90만원
총 지급 합계		117개월	1,170만원

주) 보험기간 내 마지막 보험금 지급사유발생일 2042.12.10. 부터 보험기간 마지막 날 2042.12.31 까지 는 월단위 기간이 되지않으므로 납입지원 개월수에 해당되지 않음.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망하고 그 후에 “4대우사암”을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 하여 보장보험료 납입지원금을 지급합니다. 다만, 보통약관 제1절. 공통조항 제26조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급한 경우에는 이미 지급된 계약자적립액과 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
 ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(「부록」 참조)에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1항 사망의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 보장보험료 납입지원금은 보험수익자의 요청에 의하여 일시에 지급할 수 있으며, 이 경우에는 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “보장부분 적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보장보험료 납입지원금을 지급한 경우에는 그 보험금 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 보통약관 제3절. 납입면제조항에서 정한 납입면제 사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료는 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항 이외의 원인으로 피보험자가 사망하는 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험료 납입기간과 동일합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 보통약관의 보험료 납입기간 중 회사의 승낙을 얻어 보통약관의 보험료 납입기간을 변경할 경우 회사는 이 특별약관의 보험기간을 보통약관의 보험료 납입기간과 동일하게 변경합니다. 이 경우 변경된 “납입지원대상 보장보험료”를 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급), 제29조(보험료의 납입면제) 및 제30조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)은 준용하지 않습니다.

무배당 3N5 WELL100
실속간편건강보험
(간편고지형)

3. 상해 및 질병 관련 특별약관

3-1. 상해질병치료지원금(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령【부록】참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원내 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

["연내 급여 의료비 총액" 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도		...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)	...

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도		...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)	...

제2조("임금근로자 중위소득"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "임금근로자 중위소득"이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협)의 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다. (관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- "통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계"

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

- ② 제1항의 "임금근로자 중위소득"은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

["임금근로자 중위소득" 적용 방법]

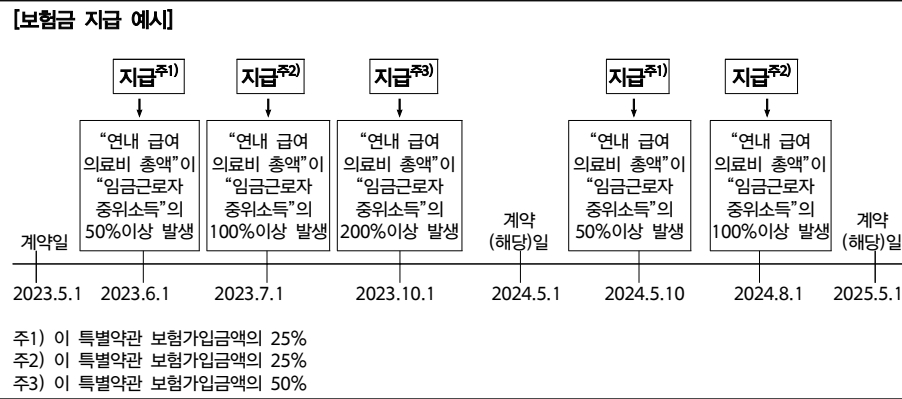
	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	...
(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우			
	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 "연내 급여 의료비 총액"이 "임금근로자 중위소득"에 "중위소득 비율 지급기준"을 곱한 금액 이상 발생한 경우 각각 연간 1회에 한하여 아래 금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

중위소득 비율 지급기준	지급금액	지급한도
50%	이 특별약관 보험가입금액의 25%	연간1회한
100%	이 특별약관 보험가입금액의 25%	연간1회한
200%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간1회한

② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “연내 급여 의료비 총액”이 “임금근로자 중위소득”에 “중위소득 비율 지급기준”을 곱한 금액 이상 발생한 날로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상 보트, 패러글라이딩
 - 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 - 선택에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- 청구서(회사 양식)
 - 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공동조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-2. 상해질병치료지원금(중위소득50%이상,최초1회한,급여)(3N5간편 특별약관)

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령 【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

["연내 급여 의료비 총액" 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도		...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)	...

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도		...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)	...

제2조("임금근로자 중위소득"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "임금근로자 중위소득"이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협)의 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다. (관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- "통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계"

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

- ② 제1항의 "임금근로자 중위소득"은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

["임금근로자 중위소득" 적용 방법]

	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	...

(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우

	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 "연내 급여 의료비 총액"이 "임금근로자 중위소득"에 50%(0.5배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우, 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우, 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 수상 보트, 패러글라이딩
 2. 오토보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-3. 상해질병치료지원금(중위소득100%이상,최초1회한,급여)(3N5간편 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한

의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
 - 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 - 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 - 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 - 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 - 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 - 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 - 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

[“연내 급여 의료비 총액” 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	...	...

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	...	...

제2조(“임금근로자 중위소득”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “임금근로자 중위소득”이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조

(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협)의 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말함니다.(관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- “통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계”

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

② 제1항의 “임금근로자 중위소득”은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

[“임금근로자 중위소득” 적용 방법]

	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	
(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우			
	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 “연내 급여 의료비 총액”이 “임금근로자 중위소득”에 100%(1배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 수상 보트, 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-4. 상해질병치료지원금(중위소득200%이상,최초1회한,급여)(3N5간편 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- 1 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령 【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- 2 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- 3 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)

2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

["연내 급여 의료비 총액" 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)

제2조(“임금근로자 중위소득”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “임금근로자 중위소득”이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에公示된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인(협의) 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다. (관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- “통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계”

[당사 홈페이지에 公示된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 公示
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 公示실 - 상품公示 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

- ② 제1항의 “임금근로자 중위소득”은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

["임금근로자 중위소득" 적용 방법]			
	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	
(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우			
	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 “연내 급여 의 료비 총액”이 “임금근로자 중위소득”에 200%(2배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈 련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상 보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운 전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합 니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발 생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니 다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경 우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법 서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제 7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계 약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기 간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-5. 상해질병치료지원금(중위소득300%이상,최초1회한,급여)(3N5간편 특별약관

제1조("급여 의료비" 및 "연내 급여 의료비 총액"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "급여 의료비"는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령 【부록】 참조)

【본인부담금】

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

【비급여】

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 "급여 의료비"는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 "급여 의료비"는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 "급여 의료비"는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 "연내 급여 의료비 총액"이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로

도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

【“연내 급여 의료비 총액” 계산 예시】

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도	2차년도	3차년도	...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도	2차년도	3차년도	...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)

제2조(“임금근로자 중위소득”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “임금근로자 중위소득”이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협의) 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다. (관련법령 【부록】 참조)

【국가승인통계 여부 확인 방법】

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- “통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계”

【당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법】

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

- ② 제1항의 “임금근로자 중위소득”은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

【“임금근로자 중위소득” 적용 방법】

	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	

(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우

	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 “연내 급여 의료비 총액”이 “임금근로자 중위소득”에 300%(3배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 수상 보트, 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕참조에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-6. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편), 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) (3N5간편,갱신형) 특별약관

* 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”의 정의)

이 특별약관에서 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31 시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병”(【별표62】 참조)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표63】 참조)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
160~162에 해당하는 상병의 중증 뇌출혈환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병”(【별표62】 참조)에 해당하는 상병으로 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표63】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
163에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료중 NIHSS가 5점 이상인 경우. 단, “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병”(【별표62】 참조)에 해당하는 상병으로 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술”(【별표63】 참조)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

주1) NIHSS 란, National Institutes of Health Stroke Scale의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.

주2) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.

주3) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 산정특례 적용 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

(관련법령 【부록】 참조)

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편) 특별약관

계약일부부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2. 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약	지급한도
계약일부부터 경과기간			
1년 미만	1년 이상		
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등 록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- 이 특별약관에서 “연간”이란, 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합 니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일 을 말합니다)로 합니다.
- 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증질환자 뇌혈관질환 산 정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니 다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유 가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요 한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변 경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 - 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 - 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자 뇌혈관 질환 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
 - 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지 급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령 이 있는 경우
- 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험 료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드 립니다.
- 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용 의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회 사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경

우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전 까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (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 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-7. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편), 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) (3N5간편,갱신형) 특별약관

※ 상기의 특별약관 중에서 해당 특별약관에 가입하고 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1조(“중증질환자 심장질환 산정특례대상”의 정의)

이 특별약관에서 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병”(【별표64】 참조)에 해당하는 심장질환자가 해당 질병의 치료를 위하여 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술”(【별표65】 참조) 또는 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분”(【별표66】 참조)에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 ※ 단, “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병”(【별표64】 참조)에 해당하는 질병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 “본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술”(【별표65】 참조)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

- 주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례대상 해당 여부를

다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

중증질환자 심장질환 산정특례 대상에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다. 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

(관련법령 【부록】 참조)

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 보험기간 중 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”으로 등록되었을 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편) 특별약관

계약일부부터 경과기간		지급한도
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한

2. 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

최초계약		갱신계약	지급한도
계약일부부터 경과기간			
1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액	연간 1회한
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액		

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- 이 특별약관에서 “연간”이란, 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다.
- 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증질환자 심장질환 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험요율로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변

경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.

1. 법령의 개정 등에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정 등에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증질환자 심장질환 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (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 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다

제7조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관의 보험기간 및 보장종료일은 “보장특약 자동갱신 특별약관” 제3조(보장특약의 보험기간)를 따릅니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(단기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-8. 중증치매 | 산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“중증치매 I”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “중증치매 I”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례 중증치매 I의 상병”(【별표69】 참

조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ② “중증치매 I”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(한 의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다.

제2조(“중증치매 I 산정특례대상”의 정의)

이 특별약관에서 “중증치매 I 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례 중증치매 I의 상병”(【별표69】 참조)에 해당하는 중증난치질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 국민건강보험공단에 산정특례대상으로 등록하고 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용 포함)를 받은 경우 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용	V800

- 주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증치매 I 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
 주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증치매 I 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증치매 I 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

중증치매 I 산정특례 대상에 해당하는 사람은 의사가 중증치매 I의 상병으로 확진한 경우 “건강보험 산정특례 등록 신청서”를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
 중증치매 I 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.
 (관련법령 【부록】 참조)

제3조(“산정특례 신규등록”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “산정특례 신규등록”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 【별표69】 “본인일부부담금 산정특례 중증치매 I의 상병”에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
 ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

[「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)]

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제16조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접 결과로써 “중증치매 I”으로 진단확정되고, 그 “중증치매 I”을 직접원인

으로 “중증치매 | 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록” 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증치매 | 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	-	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증치매 | 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증치매 | 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보충조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제8조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 - 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제7조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제9조(지정대리청구인의 변경지정)

- 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
 - 2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

- 1. 청구서(회사 양식)
- 2. 사고증명서
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
- 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
- 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제7조(지정대리청구인의 지정 적용대

상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

1. 제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제7조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류

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

제12조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매 I 산정특례대상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「보인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험율으로 변경하여 드리며, 제3항에 따라 변경된 보장내용 및 보험료 등에 대한 사항을 계약자에게 알려 드립니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 「보인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 「보인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 “중증치매 I 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑥ 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (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 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제16조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “중증치매 I”로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제16조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 상해의 직접 결과로써 “중증치매 I”가 발생하는 경우의 보장개시일은 계약일로 합니다.



제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제16조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제18조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-9. 중증치매 II 산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관

제1조(“중증치매 II”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “중증치매 II”이라 함은 “본인일부부담금 산정특례 중증치매 II의 상병”(【별표70】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “중증치매 II”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자(한 의사, 치과의사 제외)에 의하여 내려져야 합니다.

제2조(“중증치매Ⅱ 산정특례대상”의 정의)

이 특별약관에서 “중증치매Ⅱ 산정특례대상”이라 함은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)(【부록】 참조)(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

대상 및 적용기간	특정기호
“본인일부부담금 산정특례 중증치매Ⅱ의 상병”(【별표70】 참조)에 해당하는 중증난치질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 국민건강보험공단에 산정특례대상으로 등록하고 다음 중 한가지 상황 발생 시, 해당 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의의료장비사용 포함)를 받은 경우 등록일 기준 매년 최대 60일 간 적용. 단, 「의료법」 제3조(의료기관) 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

- 주1) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증치매Ⅱ 산정특례대상 해당 여부를 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 약관에서 보장하는 산정특례 적용에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 약관에서 보장하는 중증치매Ⅱ 산정특례대상 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

[본인일부부담금 산정특례 제도]

「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 「의료급여법」 제10조(급여비용의 본인부담), 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

[중증치매Ⅱ 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간]

중증치매Ⅱ 산정특례 대상에 해당하는 사람은 의사가 중증치매Ⅱ의 상병으로 확인한 경우 “건강보험 산정특례 등록 신청서”를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다. 중증치매Ⅱ 산정특례는 에 해당하는 상병으로 진단 받은 경우 연 최대 60일 내에서 적용 가능하고 병원급 이상 의료기관(「의료법」 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목의 요양병원 제외)에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 추가적으로 60일 적용 가능합니다. (관련법령 【부록】 참조)

제3조(“산정특례 신규등록”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “산정특례 신규등록”이라 함은 이 특별약관의 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조(산정특례 등록 신청 등)(【부록】 참조)에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 【별표70】 “본인일부부담금 산정특례 중증치매Ⅱ의 상병”에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)(【부록】 참조)에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

[“본인일부부담금 산정특례에 관한 기준” 제8조(산정특례 재등록)]

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제16조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접 결과로써 “중증치매Ⅱ”으로 진단확정되고, 그 “중증치매Ⅱ”을 직접원인으로 “중증치매Ⅱ 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록” 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증치매Ⅱ 산정특례대상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	-	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금은 “중증치매Ⅱ 산정특례대상”에 해당되어 여러 번 등록되더라도 보험금은 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 “중증치매Ⅱ 산정특례대상” 등록이 취소되는 경우에는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제8조(지정대리청구인의 지정)

- 계약자는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제9조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 - 피보험자의 3촌 이내의 친족
- 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제7조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제9조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
- 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
- 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

- 청구서(회사 양식)
- 사고증명서
- 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
- 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
- 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제11조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- 1 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제7조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제7조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- 2 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제12조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매Ⅱ산정특례대상진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적용한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- 1 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」 및 관련법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지 이상의 사유로 이 특별약관의 기초서류 변경이 필요한 경우 변경된 기초서류에 따라 새로운 보장내용 또는 보험율으로 변경하여 드리며, 제3항에 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 “중증치매Ⅱ 산정특례대상” 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- 3 회사는 제2항에 따라 변경된 사항을 안내할 경우에는 계약내용 변경일 15일전까지 보장내용 및 보험료 변경 내용, 계약내용 변경 절차 등에 대하여 서면 또는 전자우편 등 전자적 방법으로 안내하여 드립니다.
- 4 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 계약내용 변경시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- 5 제4항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- 6 제2항에 따라 보장내용을 변경하는 경우 그 때부터 납입하는 보험료가 변경될 수 있으며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 변경 전후의 계약자적립액 차액을 정산하여 계약자가 추가로 납입하거나 회사가 계약자에게 지급합니다.
- 7 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 효력소

멸일의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(보험금의 청구)

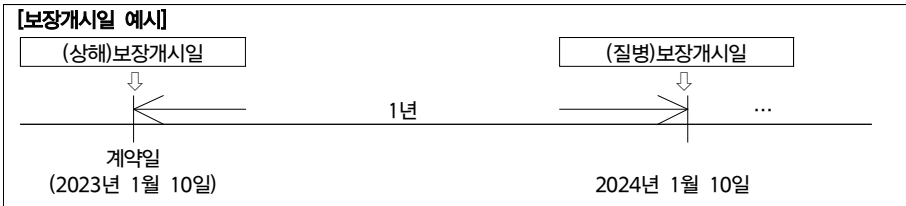
- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류 (진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제16조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “중증치매Ⅱ”로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제16조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 상해의 직접 결과로써 “중증치매Ⅱ”가 발생하는 경우의 보장개시일은 계약일로 합니다.



제17조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제16조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제18조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-10. 장기요양진단비(1등급)(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1등급 수급대상으로 인정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 장기요양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

② 제1항의 「노인장기요양보험 1등급 수급대상으로 인정된 경우」라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 “1등급”의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

7. 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(【부록】 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제4조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제5조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계 증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-11. 장기요양진단비(1-2등급)(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-2등급 수급대상으로 인정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 장기요양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

- ② 제1항의 「노인장기요양보험 1-2등급 수급대상으로 인정된 경우」라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 「1등급 또는 2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

7. 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(「부록」 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제4조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제5조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등

의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

1. 제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-12. 장기요양진단비(1-3등급)(1804)(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-3등급 수급대상으로 인정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 장기요양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

- ② 제1항의 “노인장기요양보험 1-3등급 수급대상으로 인정된 경우”라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 “1등급, 2등급 또는 3등급”의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불입 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

7. 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(「부록」 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제4조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제5조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
1. 제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때

- 부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
 - ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-13. 장기요양진단비(1-4등급)(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-4등급 수급대상으로 인정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 장기요양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

- ② 제1항의 “노인장기요양보험 1-4등급 수급대상으로 인정된 경우”라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 “1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급”의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

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

7. 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(〔부록〕 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제4조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우

를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제5조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

1. 제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
2. 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류

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

제8조(특별약관의 소멸)

① 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-14. 장기요양진단비(1-5등급)(3N5간편) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 장기요양진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

② 제1항의 「노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정된 경우」라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 「1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

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

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

7. 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(「부록」 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제4조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제5조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제5조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1. 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제6조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제3조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
2. 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

1. 회사가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 장기요양진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3. 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-15. 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(3년지급형)(3N5간편) 특별약관

제1조(“재가급여” 및 “시설급여”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “재가급여”라 함은 「노인장기요양보험법」 제15조(등급판정 등)(【부록】 참조)에 의한 장기요양급여수급자(장기요양 인지도원등급제외, 이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호(【부록】 참조)에서 정한 재가급여를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.
 1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등의 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 4. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
- ③ 이 특별약관에서 “시설급여”라 함은 「노인장기요양보험법」 제15조(등급판정 등)(【부록】 참조)에 의한 장기요양급여수급자(장기요양 인지도원등급제외, 이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호(【부록】 참조)에서 정한 장기요양급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.
- ④ 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호(【부록】 참조)의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 “재가급여” 및 “시설급여”에 해당하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간” 이내에 “재가급여” 또는 “시설급여”를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양급여금(1-5등급, 재가및시설급여)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정된 경우”라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 “1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급”의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항의 “월간”이라 함은 “장기요양등급 판정일”부터 그 날을 포함하여 매월 1개월 단위로 도래하는 장기요양등급 판정해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 장기요양등급 판정해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 장기요양등급 판정해당일로 합니다.

[장기요양등급 판정해당일 예시]

장기요양등급 판정일 : 2023년 1월 31일 ⇒ 장기요양등급 판정해당일 : 2023년 2월 28일

- ④ 제1항의 “보험금 지급기간”이라 함은 “장기요양등급 판정일”부터 “재가급여” 또는 “시설급여” 이용시 보험금 지급의 대상이 되는 기간으로 계약체결시 계약자가 선택하여 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.

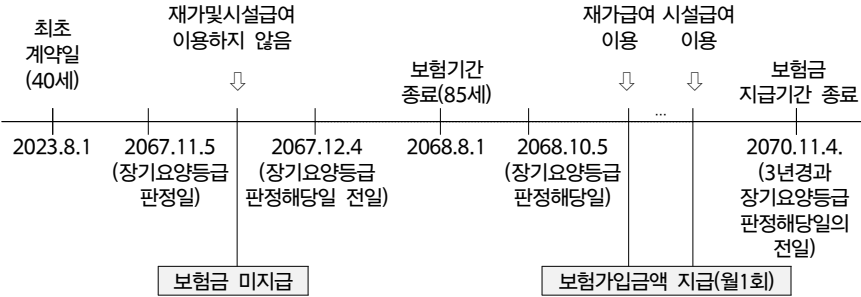
보험금 지급기간

장기요양등급 판정일 ~ 3년경과 장기요양등급 판정해당일의 전일

- ⑤ 제4항의 “3년경과 장기요양등급 판정해당일”은 “장기요양등급 판정일”부터 3년이 지난 해의 “장기요양등급 판정일”과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도에 “장기요양등급 판정일”이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 장기요양등급 판정해당일로 합니다.

[보험금 지급예시]

- 보험기간 : 2023년 8월 1일 ~ 2068년 8월 1일(85세만기100세연장형)
연장기준나이(85세) 계약해당일에 보험기간 종료
- 장기요양등급 판정일 : 2067년 11월 5일
- 보험금 지급기간 : 2067년 11월 5일 ~ 2070년 11월 4일(3년)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 이 특별약관에서 “장기요양등급 판정일”이라 함은 보험기간 중 최초로 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1-5등급 장기요양등급을 판정받은 날을 말합니다.
- 2 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 보험기간이 종료되더라도, “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)을 보험기간 종료와 관계없이 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

7. 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(【부록】 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제5조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 장애진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여제공 확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 그 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 이 특별약관의 보험기간 또는 보험금 지급기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정

하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)
 - 가. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 3종(기본형,납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
2. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편형)
 - 가. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
3. 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간”이 경과하지 않아 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 계약이 해지되는 경우 위 1. 내지 2.에 따라 해약환급금을 지급합니다.

- 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”〔별표2〕 참조에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공동조항 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-16. 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(5년지급형)(3N5간편 특별약관

제1조(“재가급여” 및 “시설급여”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “재가급여”라 함은 「노인장기요양보험법」 제15조(등급판정 등)(〔부록〕 참조)에 의한 장기요양급여성수급자(장기요양 인지기원등급제외, 이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호(〔부록〕 참조)에서 정한 재가급여를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.

1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 4. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
- ③ 이 특별약관에서 “시설급여”라 함은 「노인장기요양보험법」 제15조(등급판정 등)(【부록】 참조)에 의한 장기요양급여수급자(장기요양 인지도원등급제외, 이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호(【부록】 참조)에서 정한 장기요양급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.
- ④ 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호(【부록】 참조)의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 “재가급여” 및 “시설급여”에 해당하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간” 이내에 “재가급여” 또는 “시설급여”를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양급여금(1-5등급, 재가및시설급여)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정된 경우”라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 “1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급”의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항의 “월간”이라 함은 “장기요양등급 판정일”부터 그 날을 포함하여 매월 1개월 단위로 도래하는 장기요양등급 판정해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 장기요양등급 판정해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 장기요양등급 판정해당일로 합니다.

[장기요양등급 판정해당일 예시]

장기요양등급 판정일 : 2023년 1월 31일 ⇒ 장기요양등급 판정해당일 : 2023년 2월 28일

- ④ 제1항의 “보험금 지급기간”이라 함은 “장기요양등급 판정일”부터 “재가급여” 또는 “시설급여” 이용시 보험금 지급의 대상이 되는 기간으로 계약체결시 계약자가 선택하여 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.

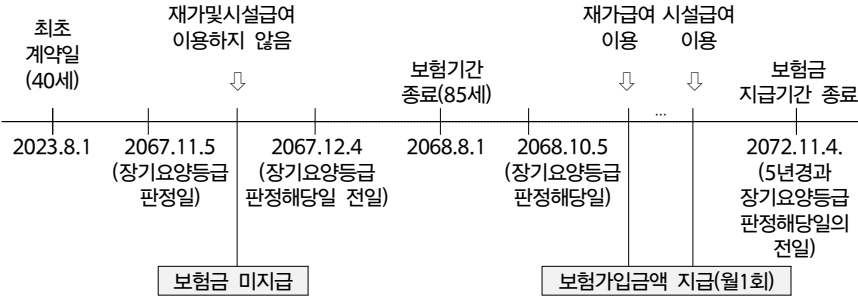
보험금 지급기간

장기요양등급 판정일 ~ 5년경과 장기요양등급 판정해당일의 전일

- ⑤ 제4항의 “5년경과 장기요양등급 판정해당일”은 “장기요양등급 판정일”부터 5년이 지난 해의 “장기요양등급 판정일”과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도에 “장기요양등급 판정일”이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 장기요양등급 판정해당일로 합니다.

[보험금 지급예시]

- 보험기간 : 2023년 8월 1일 ~ 2068년 8월 1일(85세만기100세연장형)
연장기준나이(85세) 계약해당일에 보험기간 종료
- 장기요양등급 판정일 : 2067년 11월 5일
- 보험금 지급기간 : 2067년 11월 5일 ~ 2072년 11월 4일(5년)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 이 특별약관에서 “장기요양등급 판정일”이라 함은 보험기간 중 최초로 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1-5등급 장기요양등급을 판정받은 날을 말합니다.
- 2 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 보험기간이 종료되더라도, “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)을 보험기간 종료와 관계없이 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

7. 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(【부록】 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제5조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 장애진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여제공 확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
1. 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 그 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 이 특별약관의 보험기간 또는 보험금 지급기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정

하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)
 - 가. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
2. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편형)
 - 가. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
3. 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간”이 경과하지 않아 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 계약이 해지되는 경우 위 1. 내지 2.에 따라 해약환급금을 지급합니다.

- 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”(【별표2】 참조)에 따릅니다.

- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

- ④ 보통약관 제1절, 공통조항 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-17. 장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(10년지급형)(3N5간편) 특별약관

제1조(“재가급여” 및 “시설급여”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “재가급여”라 함은 「노인장기요양보험법」 제15조(등급판정 등)(【부록】 참조)에 의한 장기요양급여수급자(장기요양 인지기원등급제외, 이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호(【부록】 참조)에서 정한 재가급여를 말합니다.

- ② 제1항에서 정한 재가입여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.
1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 4. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 6. 기타재가입여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
- ③ 이 특별약관에서 “시설급여”라 함은 「노인장기요양보험법」 제15조(등급판정 등)(【부록】 참조)에 의한 장기요양급여수급자(장기요양 인지지원등급제외, 이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호(【부록】 참조)에서 정한 장기요양급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.
- ④ 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호(【부록】 참조)의 규정에 의한 특별한 급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 “재가입여” 및 “시설급여”에 해당하지 않습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간” 이내에 “재가입여” 또는 “시설급여”를 이용하였을 경우에는 월간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 장기요양급여금(1-5등급, 재가입시설급여)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정된 경우”라 함은 「노인장기요양보험법」에 따라 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)에 의하여 “1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급”의 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.
- ③ 제1항의 “월간”이라 함은 “장기요양등급 판정일”부터 그 날을 포함하여 매월 1개월 단위로 도래하는 장기요양등급 판정해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 장기요양등급 판정해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 장기요양등급 판정해당일로 합니다.

[장기요양등급 판정해당일 예시]

장기요양등급 판정일 : 2023년 1월 31일 ⇒ 장기요양등급 판정해당일 : 2023년 2월 28일

- ④ 제1항의 “보험금 지급기간”이라 함은 “장기요양등급 판정일”부터 “재가입여” 또는 “시설급여” 이용시 보험금 지급의 대상이 되는 기간으로 계약체결시 계약자가 선택하여 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.

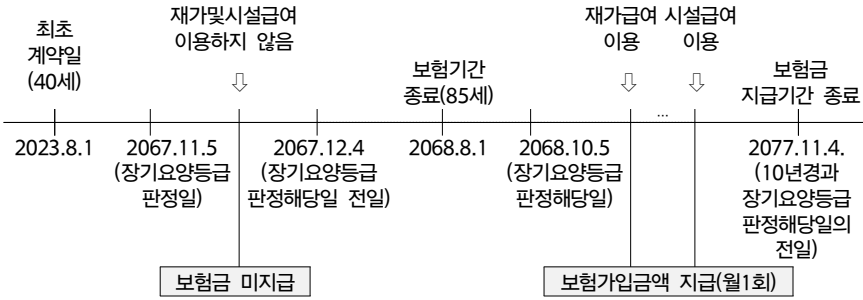
보험금 지급기간

장기요양등급 판정일 ~ 10년경과 장기요양등급 판정해당일의 전일

- ⑤ 제4항의 “10년경과 장기요양등급 판정해당일”은 “장기요양등급 판정일”부터 10년이 지난 해의 “장기요양등급 판정일”과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도에 “장기요양등급 판정일”이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 장기요양등급 판정해당일로 합니다.

[보험금 지급예시]

- 보험기간 : 2023년 8월 1일 ~ 2068년 8월 1일(85세만기100세연장형)
연장기초나이(85세) 계약해당일에 보험기간 종료
- 장기요양등급 판정일 : 2067년 11월 5일
- 보험금 지급기간 : 2067년 11월 5일 ~ 2077년 11월 4일(10년)



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 이 특별약관에서 “장기요양등급 판정일”이라 함은 보험기간 중 최초로 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1-5등급 장기요양등급을 판정받은 날을 말한다.
- 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 보험기간이 종료되더라도, “보험금 지급기간”이 종료되지 않았을 경우 장기요양급여(1-5등급,재가및시설급여)을 보험기간 종료와 관계없이 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 - 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 「국민건강보험공단 장기요양등급판정위원회」에 의해 장기요양등급을 판정받았으나, 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)(【부록】 참조)에 따라 장기요양급여의 제한을 받은 경우

제5조(보험금의 청구)

- 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 청구서(회사양식)
 - 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 장애진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여제공 확인서 등)
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 기타 회사가 요구하는 증거자료

- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제7조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제8조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제8조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제10조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
1. 제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제6조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간”이 경과한 경우에는 그 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 이 특별약관의 보험기간 또는 보험금 지급기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정

하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

[해약환급금 관련 유의사항]

1. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)
 - 가. 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 1종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 3종(기본형, 납입면제 운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
2. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편형)
 - 가. 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형) 해약환급금의 50%를 지급합니다.
 - 나. 회사는 계약자가 2종(납입후50%해약환급금지급형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)에 가입하는 경우 4종(기본형, 납입면제 미운영형, 3N5간편고지형)과의 보험료 및 해약환급금(환급을 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
3. 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 노인장기요양보험 1-5등급 수급대상으로 인정되고 “보험금 지급기간”이 경과하지 않아 이 특별약관이 소멸되지 않은 경우에는 계약이 해지되는 경우 위 1. 내지 2.에 따라 해약환급금을 지급합니다.

- 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”(【별표2】 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 보통약관 제1절, 공동조항 제35조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-18. 중증치매진단비Ⅲ(90일이상)(3N5간편) 특별약관

제1조(“중증치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “중증치매상태”라 함은 피보험자가 “치매”로 진단확정되고, “중증 인지기능의 장애”가 발생한 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “치매”라 함은 아래에 모두 해당하는 경우를 말합니다.
1. 뇌(腦) 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 2. 정상적으로 성숙한 뇌가 제1호에 의한 기질성장애에 의해 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이

지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

- ③ 제1항에서 정한 “중증 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당하는 상태로, 그 상태가 발생한 시점부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

[CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)]

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 낮을수록 경증을 의미합니다.

- ④ “중증치매상태”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력 평가, 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.
- ⑤ 회사가 “중증치매상태”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

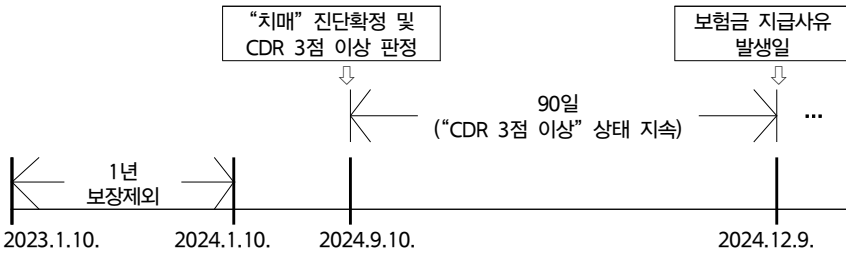
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “중증치매상태”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중증치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	-	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

[보험금 지급사유 발생일 예시]

계약일 : 2023년 1월 10일
 질병으로 인한 “중증치매상태” 보장개시일 : 2024년 1월 10일



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “치매”로 진단확정받고 CDR척도 3점 이상에 해당되는 상태가 된 후 그 상태가 90일 이상 계속되어, 보험기간이 종료된 이후에 “중증치매상태”로 진단확정된 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인

경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

1. 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제10조(특별약관의 무효)

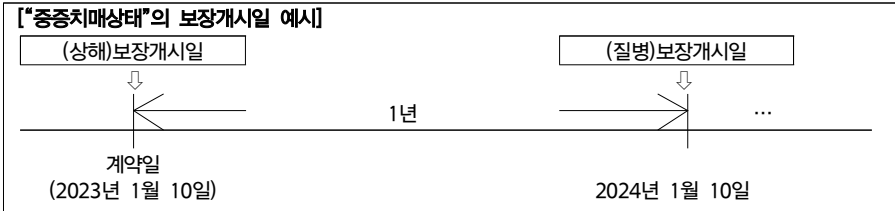
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “치매”로 진단확정받고 CDR척도 3점 이상에 해당하는 상태가 된 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)

- ① 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “중증치매상태”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 상해의 직접 결과로써 “중증치매상태”가 발생하는 경우의 보장개시일은 계약일로 합니다.



제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-19. 중등도이상치매진단비(90일이상)(3N5간편) 특별약관

제1조(“중등도이상치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “중등도이상치매상태”라 함은 피보험자가 “치매”로 진단확정되고, “중등도이상 인지 기능의 장애”가 발생한 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “치매”라 함은 아래에 모두 해당하는 경우를 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
- ③ 제1항의 “중등도이상 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당하는 상태로서, 그 상태가 발생한 시점부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

[CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)]

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 낮을수록 경증을 의미합니다.

- ④ “중등도이상치매상태”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력 평가, 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.
- ⑤ 회사가 “중등도이상치매상태”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

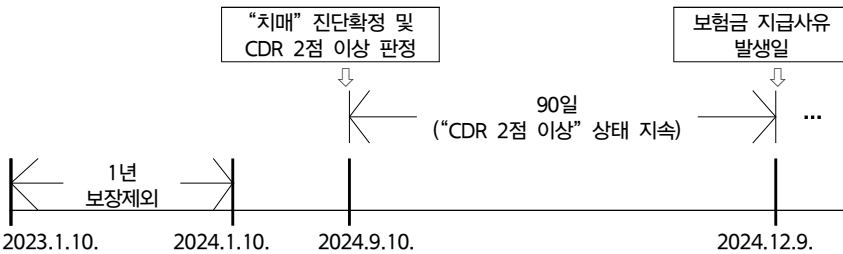
제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “중등도이상치매상태”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 중등도이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	-	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

[보험금 지급사유 발생일 예시]

계약일 : 2023년 1월 10일
 질병으로 인한 “중등도이상치매상태” 보장개시일 : 2024년 1월 10일



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “치매”로 진단확정받고 CDR척도 2점 이상에 해당되는 상태가 된 후 그 상태가 90일 이상 계속되어, 보험기간이 종료된 이후에 “중등도이상치매상태”로 진단확정된 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1. 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
2. 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제10조(특별약관의 무효)

피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “치매”로 진단확정받고 CDR척도 2점 이상에 해당하는 상태가 된 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

1. 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상치매진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3. 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)

1. 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “중등도이상치매상태”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.
2. 제1항에도 불구하고 상해의 직접 결과로써 “중등도이상치매상태”가 발생하는 경우의 보장개시일은 계약일로 합니다.



제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1. 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2. 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-20. 경증이상치매진단비(90일이상)(3N5간편) 특별약관

제1조(“경증이상치매상태”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “경증이상치매상태”라 함은 피보험자가 “치매”로 진단확정되고, “경증이상 인지기능의 장애”가 발생한 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 “치매”라 함은 아래에 모두 해당하는 경우를 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
- ③ 제1항의 “경증이상 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사 결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당하는 상태로서, 그 상태가 발생한 시점부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.

[CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)]

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 낮을수록 경증을 의미합니다.

- ④ “경증이상치매상태”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력 평가, 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.
- ⑤ 회사가 “경증이상치매상태”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

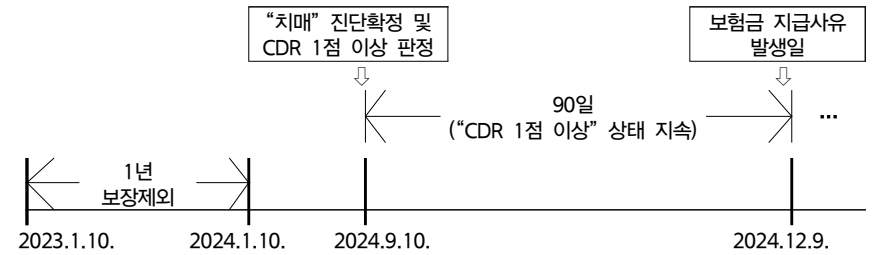
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “경증이상치매상태”로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 경증이상치매진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	-	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

[보험금 지급사유 발생일 예시]

계약일 : 2023년 1월 10일

질병으로 인한 “경증이상치매상태” 보장개시일 : 2024년 1월 10일



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “치매”로 진단확정받고 CDR척도 1점 이상에 해당되는 상태가 된 후 그 상태가 90일 이상 계속되어, 보험기간이 종료된 이후에 “경증이상치매상태”로 진단확정된 경우에도 회사는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함한다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래의 사유를 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)

지정대리청구인의 지정은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제6조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람을 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 1인을 대표대리인으로 지정하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제7조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제7조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본 또는 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)

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

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계 증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제9조(지정대리청구인에 의한 보험금의 지급절차)

1. 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제8조(지정대리청구인에 의한 보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제5조(지정대리청구인의 지정 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
2. 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제10조(특별약관의 무효)

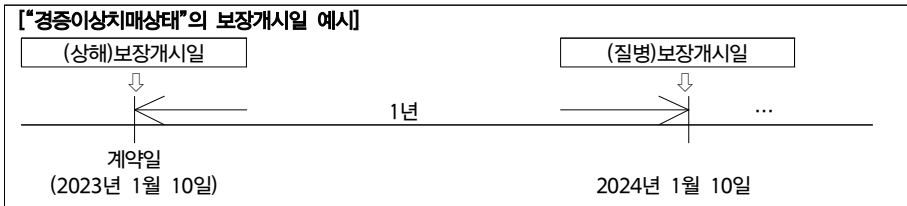
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제12조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “치매”로 진단확정받고 CDR척도 1점 이상에 해당하는 상태가 된 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제11조(특별약관의 소멸)

1. 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 경증이상치매진단비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3. 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(회사의 보장개시)

1. 보통약관 제1절, 공통조항 제27조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 “경증이상치매상태”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.
2. 제1항에도 불구하고 상해의 직접 결과로써 “경증이상치매상태”가 발생하는 경우의 보장개시일은 계약일로 합니다.



제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

1. 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 보통약관 제1절, 공통조항 제33조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
2. 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제12조(회사의 보장개시)를 적용합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-21. 장루(인공항문)조성수술비(수술1회당,급여) 특별약관

제1조("급여 장루조성술"의 정의)

① 이 특별약관에서 "급여 장루조성술"이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 장루조성술 분류표(【별표40】 참조)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 관련 법령 등의 개정으로 진료행위코드가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 급여 장루조성술 분류표(【별표40】 참조)에 준하여 보험금 지급여부를 결정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 "급여 장루조성술" 이외에 급여 장루조성술 분류표(【별표40】 참조)에 해당하는 진료행위코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병의 직접적인 치료를 목적으로 인해 급여 장루조성술을 받은 경우 아래의 금액을 급여 장루조성수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

② 제1항에도 불구하고, 동시에 급여 장루조성술 분류표(【별표40】 참조)에서 정한 두 가지 이상의 급여 장루조성술 수가코드를 받은 경우에는 하나의 장루조성수술비만 지급합니다.

제3조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비 세부내역서, 진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-22. 추간판장애수술비(3N5간편) 특별약관

제1조(“추간판장애”의 정의)

이 특별약관에서 “추간판장애”라 함은 추간판장애 분류표(【별표52】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병 분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引), 주사기 등으로 빨아들이는 것
 2. 천자(穿刺), 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “추간판장애”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 아래의 금액을 추간판장애수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

- ② 제1항의 경우 동일한 “추간판장애”를 직접적인 원인으로 2종류 이상 또는 같은 종류의 추간판장애수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 추간판장애수술로 봅니다. 다만, 추간판장애수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 “추간판장애”로 수술을 받는 경우에는 다른 “추간판장애”로 보아 제1항에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-23. 관절증(엉덩, 무릎)수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관

제1조(“관절증”의 정의)

이 특별약관에서 “관절증”이라 함은 관절증(엉덩, 무릎) 분류표(【별표53】 참조)에서 정한 상병을 말하며, 상병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함 니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술방법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “관절증”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래의 금액을 관절증(엉덩, 무릎)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-24. 5대장기이식수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조("5대장기" 및 "5대장기이식수술"의 정의)

- ① 이 특별약관에서 "5대장기"라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 "5대장기이식수술"이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 "5대장기"를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 다만, "랑게르한스 소도세포이식수술"은 "5대장기이식수술"로 보지 않습니다.

제2조("수술"의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「장기 등 이식에 관한 법률」 제25조(장기이식의료기관)(【부록】 참조)에서 정한 장기이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 수술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인하여 장기이식수혜자로서 이 특별약관의 보험기간 중에 “5대장기이식수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 5대장기이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-25. 각막이식수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“각막이식수술”의 정의)

이 특별약관에서 “각막이식수술”이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.

제2조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함 니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기 술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「장기 등 이식에 관한 법률」 제25조(장기이 식의료기관)(【부록】 참조)에서 정한 장기이식의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 수술

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인하여 장기이식수혜자로서 이 특별약관의 보험기간 중에 “각막이식수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 각막이식수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때 부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경

우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-26. 유방절제수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관

제1조(“유방절제수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “유방절제수술(Total Mastectomy)”이라 함은 유방절제수술 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 수술로서, 수술분류기준은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 따릅니다. 다만, 부분절제술(Subtotal Mastectomy), 국소절제수술(Lumpectomy), 유방의 절제를 동반하지 않은 유두의 절제, 미용을 위한 절제술, 유방의 조직검사(Biopsy)는 “유방절제수술”로 보지 않습니다.
- ② 제1항의 “유방절제수술”은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “유방절제수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 유방절제수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절, 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 유방절제수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절, 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 보통약관 제1절, 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기

간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-27. 창상봉합술치료발생금(안면부제외, 1일1회, 5cm이상, 연간3회환, 급여) (3N5간편) 특별약관

제1조(“급여 창상봉합술(안면부제외)”의 정의)

① 이 특별약관에서 “급여 창상봉합술(안면부제외)”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 진료행위 중 급여 창상봉합술(안면부제외) 분류표【별표58】 참조에 해당하는 진료행위(이하 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”이라 합니다)을 말합니다.

【건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수】

「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”을 따릅니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “급여 창상봉합술(안면부제외)” 외에 “급여 창상봉합술(안면부제외) 인정기준”에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 “급여 창상봉합술(안면부제외)”(이하 “입원 급여 창상봉합술(안면부제외)”라 합니다)를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 창상봉합술(안면부제외)”(이하 “외래 급여 창상봉합술(안면부제외)”라 합니다)를 받은 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 아래의 금액을 창상봉합술치료발생금(안면부제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	계약일부터 경과기간	
	1년 미만	1년 이상
질병	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액
상해	이 특별약관의 보험가입금액	

- ② 제1항에서 정한 “안면부”란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
- ③ 제1항의 창상봉합술치료발생금(안면부제외)은 “급여 창상봉합술(안면부제외)”의 직접적인 원인, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 3회를 초과하여 지급하지 않습니다.
- ④ 제3항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 “급여 창상봉합술(안면부제외)”을 받은 날로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제4조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 이 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만, 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-28. 김스치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 “김스(Cast)치료”를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 김스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 김스치료비는 같은 질병 또는 상해로 인하여 “김스(Cast)치료”를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 “김스(Cast)치료”를 받은 경우에는 1회에 한하여 김스치료비를 지급합니다.
- 3 이 특별약관에서 “김스(Cast)치료”라 함은 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정하는 경우로서, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 같은 다음, 굳어지게 하는 치료법을 말합니다. 다만, “부목(Splint cast)치료”는 “김스(Cast)치료”에 포함되지 않습니다.
- 4 이 특별약관에서 “부목(Splint cast)치료”란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제2절. 보장조항 제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-29. 응급실내원치료비(응급) 특별약관

제1조(“응급실” 및 “응급환자”의 정의)

- 1 이 특별약관에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【부록】 참조)에서 정한 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 “응급환자”에 해당되어 “응급실”에 내원하여 진료받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원치료비(응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도

보상합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박탑승

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

3-30. 응급실내원치료비(비응급) 특별약관

제1조(“응급실” 및 “응급환자”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호(【부록】 참조)에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)(【부록】 참조)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제2조(응급환자)(【부록】 참조)에서 정한 “응급증상 및 이에 준하는 증상” 또는 “응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “응급환자”에 해당되지는 않으나 상해 또는 질병으로 인하여 “응급실”에 내원하여 진료받은 경우, 내원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 응급실내원치료비(비응급)로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한

습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 상해로 인하여 내원한 경우에는 보상합니다.

[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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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. 오토보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 “응급환자”에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 하나의 사유로 “응급실”에 내원하여 진료받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 아래의 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
 1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 경우는 제외)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 내원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보장하는 상해로 인하여 내원한 경우에는 보상합니다.
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」상 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
 8. 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99)
- ④ 회사는 “응급환자”에 해당하지 않으며, 다음 중 어느 하나의 사유로 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보장하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내·체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 치료. 다만, 회사가 보장하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 3. 아래에 열거된 치료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입 당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비산생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순 포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상) 제1항(「별표2」 비급여대상)(【부록】 참조)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 4. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 여성형 유방증을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
5. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

무배당 3N5 WELL100
실속간편건강보험
(간편고지형)

4. 비용손해 관련 특별약관

4-1. 자동차사고대인벌금 II (스쿨존사고외2천만원한도, 실손,운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 1사고당 2,000만원을 한도로 피보험자에게 지급합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액을 1사고당 3,000만원 한도로 피보험자에게 지급합니다.

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13】

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조 제3항(「부록」 참조)에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의 하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세미만의 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항(「부록」 참조)의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

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 3천 만 원 이하의 벌금에 처한다.
3. 제1항 및 제2항의 벌금액은 법원의 확정판결에 의하여 정해진 금액을 말하며, 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.
 4. 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. “자동차관리법 시행규칙” 제2조(자동차의 종별 구분)(「부록」 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 2. “자동차손해배상 보장법 시행령” 제2조(건설기계의 범위)(「부록」 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기기로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
 5. 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- 2 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 및 제2항의 벌금형 확정의 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 “벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)”에는 “자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(「부록」 참조)에 따른 벌금액을 보장하는 계약” 또한 포함됩니다.
 1. 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(「부록」 참조)에 따른 벌금형이 확정된 경우
 2. 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금

- 지)(【부록】참조)에 규정한 음주·면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
 6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
 7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(보험금의 청구)

- ① 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문, 벌금 납부영수증 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료
- ② 피보험자의 벌금액이 확정된 경우 회사는 피보험자가 벌금을 납부하기 전에도 보험금을 지급할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(형사재판 확정증명서, 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-2. 자동차사고대물벌금(실손,운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(【부록】참조)에 따른 벌금형이 확정된 경우 벌금액을 1사고당 500만원 한도로 피보험자에게 지급합니다.

【「도로교통법」 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.

- ② 제1항의 벌금액은 법원의 확정판결에 의하여 정해진 금액을 말하며, 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다.
- ③ 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주차차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 특별약관에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 하나의 사고에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 벌금형 확정 이유가 아래의 두 가지 사유에 모두 해당하는 경우에는 제1항의 “벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함합니다)”에는 “자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액을 보장하는 계약” 또한 포함됩니다.
 1. 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 「도로교통법」 제151조(벌칙)(【부록】 참조)에 따른 벌금형이 확정된 경우
 2. 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 벌금형이 확정된 경우

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제4조(보험금의 청구)

① 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문, 벌금 납부영수증 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료
- ② 피보험자의 벌금액이 확정된 경우 회사는 피보험자가 벌금을 납부하기 전에도 보험금을 지급할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(형사재판 확정증명서, 약식명령서(별지포함) 또는 법원판결문 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-3. 자동차사고변호사선임비용(정식재판청구포함)(실손,운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사

고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 해당 사고의 해결을 위해 변호사를 선임하게 된 경우에는 사고 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 실제 변호사 선임에 따른 비용을 자동차사고변호사선임비용으로 피보험자에게 지급합니다.

- ② 제1항에서 변호사를 선임하게 된 경우는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
1. 구속영장에 의해 구속된 경우
 2. 검사에 의해 공소제기된 경우(단, 약식기소는 제외합니다)
 3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의한 보통의 심판절차인 공판절차에 따라 재판을 진행한 경우
 4. 검사에 의해 약식기소 되었으나 「형사소송법」 제453조(【부록】 참조)에 의거하여 검사 또는 피보험자가 법원의 약식명령에 대하여 정식재판을 청구하는 경우

[약식기소]

검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 공소제기하는 것을 말합니다.

- ③ 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ④ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 “사고 1회”라 함은 하나의 자동차 운전 중 발생한 교통사고를 말하며, “사고”로 함소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 피보험자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 있

을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

손해액 ×	$\frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
-------	--

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공동조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-4. 자동차사고변호사선임비용(경찰조사포함)(실손,운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 해당 사고의 해결을 위해 변호사를 선임하게 된 경우에는 사고 1회당 이 특별약관에 따라 자동차사고변호사선임비용(경찰조사포함)으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 변호사를 선임하게 된 경우는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.
 - 1. 구속영장에 의해 구속된 경우
 - 2. 검사에 의해 공소제기된 경우(단, 약식기소는 제외합니다)
 - 3. 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의한 보통의 심판절차인 공판절차에 따라 재판을 진행한 경우
 - 4. 검사에 의해 약식기소 되었으나 「형사소송법」 제453조(【부록】 참조)에 의거하여 검사 또는 피보험자가 법원의 약식명령에 대하여 정식재판을 청구하는 경우
 - 5. 경찰 조사 후 불송치된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 “중대법규위반 교통사고”로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)
 - 6. 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소된 경우(단, 제3호 및 제4호에 해당하는 경우는 제외하며, 타인을 사망하게 한 경우 또는 “중대법규위반 교통사고”로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)

[약식기소]

검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령공소장에 의하여 공소제기하는 것을 말합니다.

- ③ 제1항의 자동차사고변호사선임비용(경찰조사포함)은 사고 1회당 아래의 금액을 한도로 합니다.
 - 1. 타인을 사망하게 한 경우 : 보험가입금액
 - 2. “중대법규위반 교통사고”로 타인의 신체에 상해를 입혀 제2항 제5호 및 제6호에 해당하는 경우(단, 피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다)

부상등급	보상한도
1-3급	보험가입금액
4-7급	3천만원
8-14급	5백만원

- 3. 위 제1호 내 제2호에 해당하지 않는 경우 : 보험가입금액
- ④ 제2항 및 제3항의 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서(【별표33】 참조)에 해당되는 사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 그 직접결과로써 자동차사고 부상등급표(【별표7】 참조)에 정한 부상등급(1-14급)을 받은 경우를 말합니다. 단, 단서 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 “중대법규위반 교통사고”로 보지 않습니다.

- ⑤ 제2항 및 제3항의 “중대법규위반 교통사고”는 불송치 결정서, 약식명령 공소장, 불기소이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서 등을 통해 죄목 또는 사고내용이 「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서(【별표33】 참조)에 해당하는 경우를 말합니다.
- ⑥ 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ⑦ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.
- ⑧ 제1항의 “사고 1회”라 함은 하나의 자동차 운전 중 발생한 교통사고를 말하며, “사고”로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 제3항에 따라 피보험자에게 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서, 불송치 결정서, 불기소 이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제4조(보험금의 부담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$
--

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공동조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-5. 대인형사합의실손비(운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외하며, 이하 “피해자”라 합니다)에게 다음 중 어느 하나에 해당하는 손해를 입힌 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 대인형사합의실손비로 피보험자에게 지급합니다.
 1. 피해자를 사망하게 한 경우
 2. “중대법규위반 교통사고”로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우
 3. “일반교통사고”로 피해자에게 중상해를 입혀 「형법」 제258조(중상해, 존속중상해) 제1항 또는 제2항, 「형법」 제268조(업무상과실·중과실 치사상), 「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례)에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하 “기소”라 합니다)되거나 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제3조(책임보험금 등)에서 정한 상해급수 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
(관련법령【부록】 참조)

[중상해]

사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우, 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

- ② 제1항의 대인형사합의실손비는 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

보험가입금액	제1항 제1호의 경우	제1항 제2호의 경우			제1항 제3호의 경우
		42일~69일 진단시	70일~139일 진단시	140일 이상 진단시	
3천만원 기준	3천만원	1천만원	2천만원	3천만원	3천만원
5천만원 기준	5천만원	1천만원	3천만원	5천만원	5천만원
7천만원 기준	7천만원	1천만원	4천만원	7천만원	7천만원
1억원 기준	1억원	2천만원	7천만원	1억원	1억원
1억5천만원 기준	1억5천만원	3천만원	8천만원	1억5천만원	1억5천만원
2억원 기준	2억원	3천만원	1억원	1억5천만원	2억원

- ③ 제1항에도 불구하고 다음에 모두 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
 1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
 2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우
- ④ 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주시인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조

- (처벌의 특례) 제2항 단서(【별표33】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 “중대법규위반 교통사고”로 보지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “일반교통사고”라 함은 자동차사고 중에서 중대법규위반 교통사고(「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서(【별표33】 참조)에 해당되는 사고)에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서(【별표33】 참조) 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 “일반교통사고”로 보지 않습니다.
- ③ 피보험자와 피해자 사이에 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 한도 내에서 피보험자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
7. 피보험자가 자가용 운전자인 경우 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
8. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 청구)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 3. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 5. 법원 또는 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
 6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
 7. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 8. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
 3. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
 4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
 5. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
 6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
 7. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 8. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 분담)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을

포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

- ② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-6. 대인형사합의실손비(중대법규위반,42일미만,운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 “중대법규 위반 교통사고”로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외하며, 이하 “피해자”라 합니다)에게 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만 치료를 요한다는 진단을 받게 한 경우에는 사고 1회당 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 “형사합의금”이라 합니다)을 대인형사합의실손비로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 대인형사합의실손비는 피해자 1인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

21일 이하 진단시	22일~41일 진단시
150만원	이 특별약관의 보험가입금액

- ③ 제1항에도 불구하고 다음에 모두 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
 2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우
- ④ 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 “중대법규위반 교통사고”라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서(【별표33】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 “중대법규위반 교통사고”로 보지 않습니다.
- ② 피보험자와 피해자 사이에 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 한도 내에서 피보험자에게 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
7. 피보험자가 자가용 운전자인 경우 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
8. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고

제4조(보험금의 청구)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
3. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
5. 법원 또는 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출금 확인서
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
8. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
3. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
5. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
8. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제5조(보험금의 분담)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만

이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제10조(중도인출에 관한 사항) 및 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-7. 면허정지일당(120일한도,영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입거나 재물을 손상시킴으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에 의해 일시 정지된 경우에는 면허정지기간 동안 최고 120일을 한도로 면허정지기간 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 면허정지일당으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 면허정지 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허정지일당을 지급하지 않습니다.
- 2 제1항의 “면허정지기간”이라 함은 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하여 면허정지기간을 감경받았거나 감경받을 수 있는 경우에는 전체 면허정지기간에서 감경받았거나 감경받을 수 있는 기간을 차감한 기간을 말합니다. 단, 도로교통공단의 특별교통안전교육을 이수하지 않아 면허정지기간을 감경받지 못하여 면허정지 처분기간 이후에 경찰서의 행정처분조치 확인서를 제출할 경우는 이를 적용하지 않습니다.
- 3 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
 1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- 4 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절. 공통조항 및 제3절. 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절. 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

4-8. 면허취소발생금(영업용운전자용) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입거나 재물을 손상시킴으로써 피보험자의 자동차운전면허가 행정처분에

이해 취소된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 면허취소발생금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 면허취소 행정처분 사유가 교통사고가 아닌 경우에는 면허취소발생금을 지급하지 않습니다.

② 제1항의 “자동차”라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.

1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 “9종 건설기계”라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 “자동차 운전 중”이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
4. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
5. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절, 공통조항 및 제3절, 납입면제조항을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관 제1절, 공통조항에서 정한 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제10조(중도 인출에 관한 사항), 제11조(만기환급금의 지급)는 준용하지 않습니다.

5. (독립특별약관) 무배당
특정항암약물치료비(갱신형)
특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며, 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제11조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제30조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 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.

용어	정의
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

3 지급금과 이자를 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. [연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원 원금 • 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원 원금 1년차 이자 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. [평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령 【부록】 참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. [해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령 【부록】 참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날

용어	정의
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. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2023년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료

보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 제3조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금 지급사유의 통지)

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

제6조(보험금의 청구)

제2절. 보장조항 제5조(보험금의 청구)를 따릅니다.

제7조(보험금의 지급절차)

- 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의

료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ③ 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유를 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대한 분쟁조정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

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

- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 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.

제9조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제15조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 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 제2호【부록】참조에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제10조(사기에 의한 계약)

- 1 계약자 또는 피보험자가 대리인단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약 일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제11조(보험계약의 성립)

- 1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- 2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- 3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- 4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- 6 제5항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 7 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조(청약의 철회)

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

[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약할 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회할 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 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.

제13조(약관교부 및 설명의무 등)

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

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 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.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
 1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우

3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)

2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

- 4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 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 이자를 더하여 지급합니다.

제14조(특별약관의 무효)

제2절. 보장조항 제6조(특별약관의 무효)를 따릅니다.

제15조(계약내용의 변경 등)

- 1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- 2 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

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

- 3 계약자는 제1회 보험료를 납입할 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- 4 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- 6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]

보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- 7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제16조(보험나이 등)

- 1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- 2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이로 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- 3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에

는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1993년 7월 2일, 계약일 : 2023년 1월 10일

→ 2023년 1월 10일 - 1993년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제17조(특별약관의 소멸)

제2절. 보장조항 제7조(특별약관의 소멸)를 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출금입에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출송인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제8조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제9조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제19조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제20조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제21조(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 있습니다. 이 경우 제28조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항에 따른 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.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제27조(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.

제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로, 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제27조(해약환급금)에 따라 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 청할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제8조(계약 전 알릴 의무), 제9조(알릴 의무 위반의 효과), 제10조(사기에 의한 계약), 제11조(보험계약의 성립) 및 제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제9조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제23조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따

라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제15조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명변경 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 말함)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 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 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제24조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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 제27조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자들이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제25조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생 시킨 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 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 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조(회사의 파산선고와 해지)

- 1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- 3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조(해약환급금)

- 1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- 2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- 4 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제28조(보험계약대출)

- 1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 3 제2항에도 불구하고 회사는 제21조(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.

제29조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제30조(특별약관의 자동갱신)

- ① 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것
- ② 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제31조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.
- ③ 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제32조(자동갱신의 적용)

- ① 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제30조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제33조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제21조(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 이 특별약관은 해제됩니다.
- ② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제34조(갱신후 계약의 보장개시)

제30조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제35조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유

자·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

- 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조(관할법원)

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

제37조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2023년 1월 1일에 발생하였음에도 2026년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조(약관의 해석)

- 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약의 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제40조(회사의 손해배상책임)

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

제41조(개인정보보호)

- 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조(준거법)

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

제43조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

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

제2절. 보장조항

암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- 6 “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의)

- 1 이 특별약관에서 “표적항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 “421(항악성종양제)”(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 “항악성종양제”에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

[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.

[세포독성 항암제]

세포독성 항암제란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나 DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.

[생물학적 반응 조절제]

생물학적 반응 조절제란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하며, 이 때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

- ② 이 특별약관에서 “표적항암물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 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 건강보험심사평가원(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안전성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
 - : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>)
 - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
 - : 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
 - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

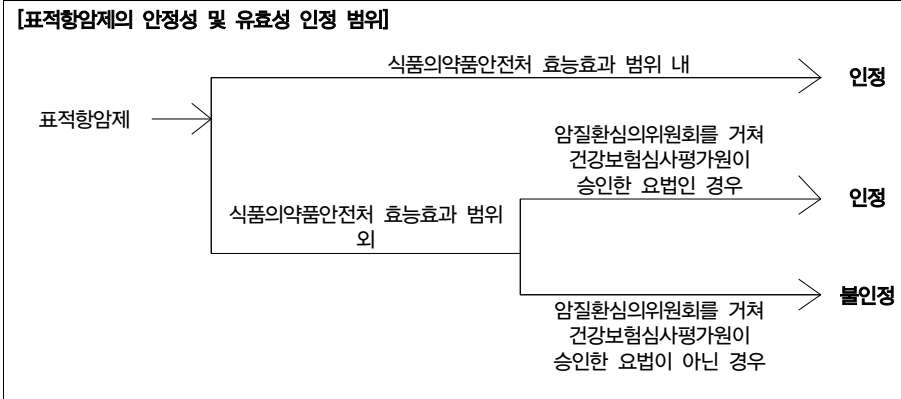
제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 표적항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

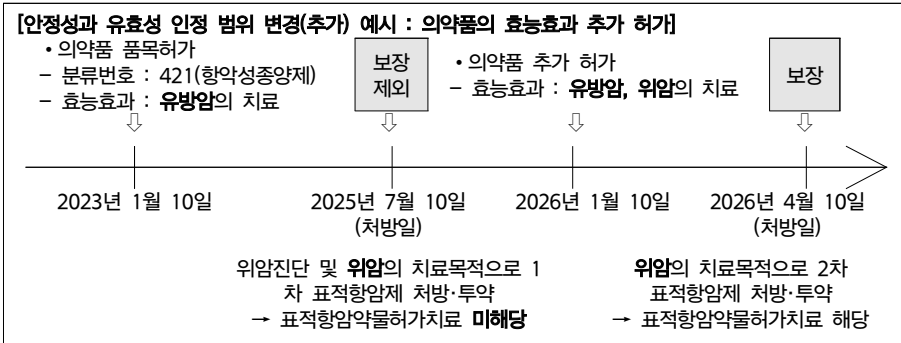
최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

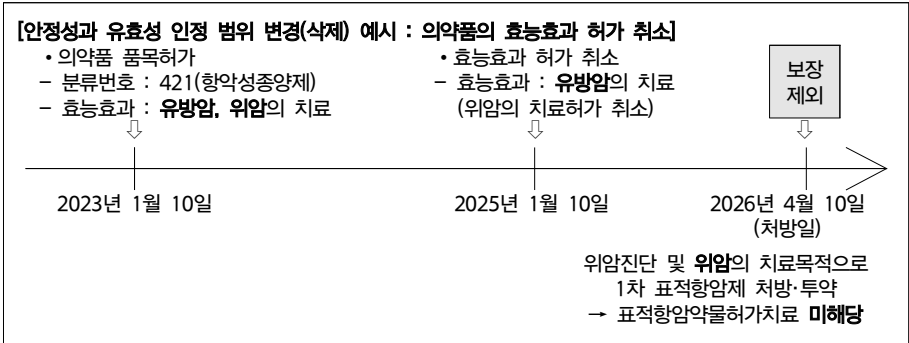
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 표적항암물허가치료비는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고 한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



② 제3조(보험금의 지급사유)에서 “표적항암물허가치료를 받은 경우”라 함은 표적항암제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조(“표적항암제” 및 “표적항암물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.





③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의를위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 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 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 표적항암약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.

다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제2항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공동조항 제27조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

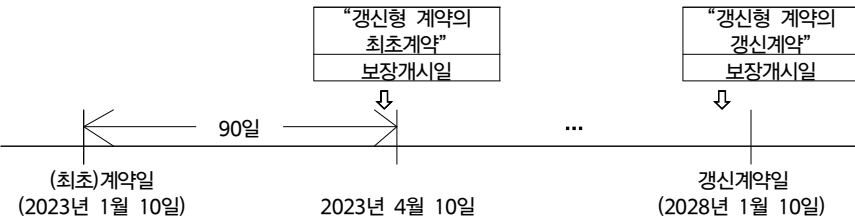
[계약자적립액]

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

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공동조항 제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공동조항 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- ⑤ “암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “특정항암호르몬치료제”란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “특정항암호르몬약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관) (【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “특정항암호르몬치료제”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, “암질환심의위원회”를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요

법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[“안정성과 유효성 인정 범위” 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>)
- 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

4 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

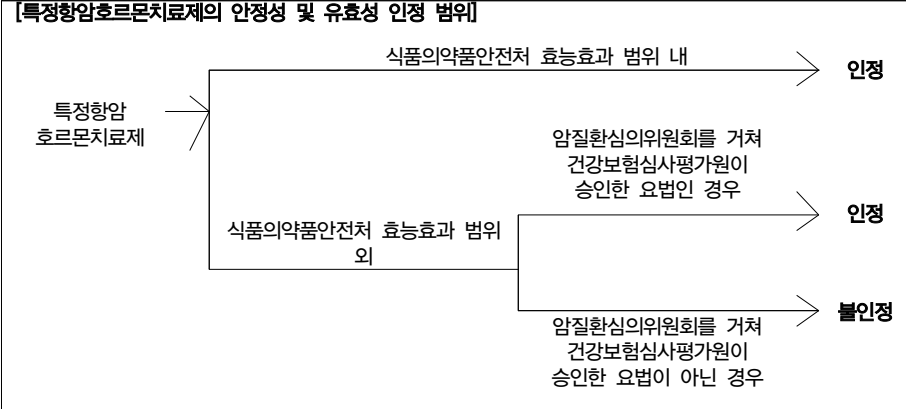
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정항암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

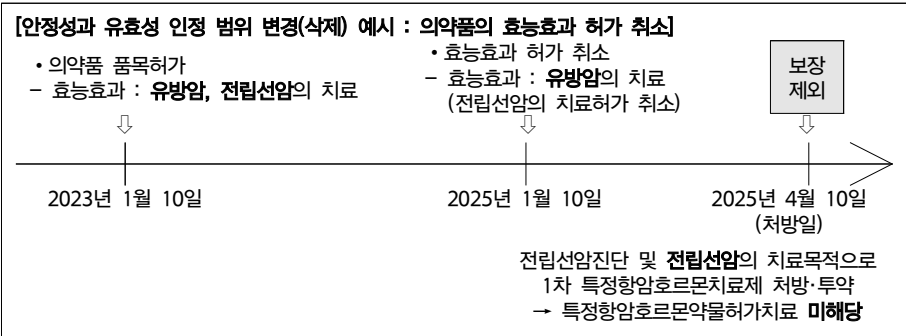
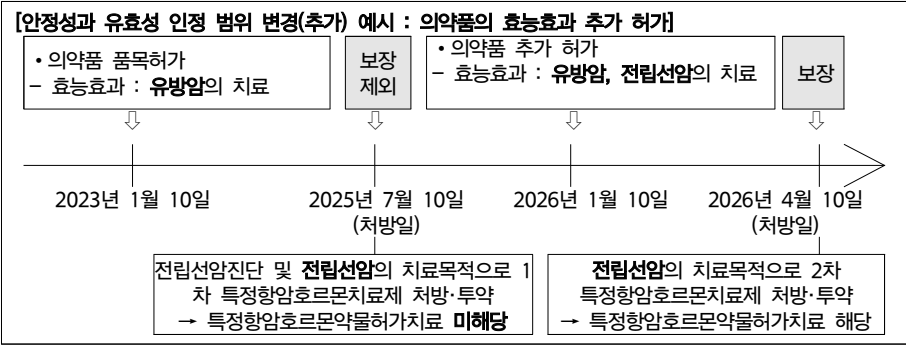
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

1 제3조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비는 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[특정항암호르몬치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



② 제3조(보험금의 지급사유)에서 “특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “특정항암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사

유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 특정항암호르몬약물치료 증명서
 - 가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질향심의위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 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 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암”으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정항암호르몬약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제2항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- 5 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절, 공통조항 제27조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

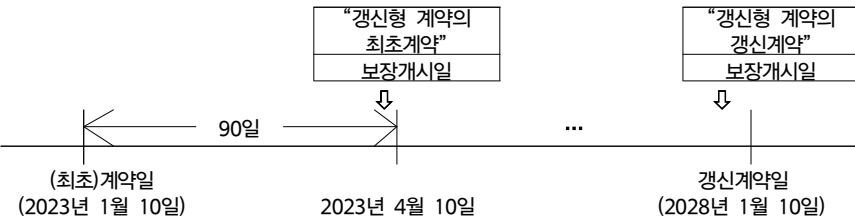
[계약자적립액]

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

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절, 공통조항 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조("갑상선암"의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 "갑상선암"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)"에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 3 "갑상선암"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "갑상선암"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조("갑상선암호르몬치료제" 및 "갑상선암호르몬약물허가치료"의 정의)

- 1 이 특별약관에서 "갑상선암호르몬치료제"란 "갑상선암"으로 수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 치료제로 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 호르몬 관련 약제를 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 "갑상선암호르몬약물허가치료"라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) (【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 "갑상선암" 수술 후 치료 또는 재발 방지 목적으로 제1항에서 정한 "갑상선암호르몬치료제"를 "안정성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여한 경우를 말합니다.
- 3 제2항의 "안정성과 유효성 인정 범위"라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
 1. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만, "암질환심의위원회"를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안전성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>)
- 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
- 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
- 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

제2조의2("수술"의 정의 및 장소)

- 1 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 함 니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除), 특정부위를 잘라 없애 는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- 2 제1항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기 능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(【부록】 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기 술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- 3 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참 조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니 다.
- 4 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄 술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- 5 제4항 제7호의 "항암방사선치료"라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- 6 제4항 제7호의 "항암약물치료"라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

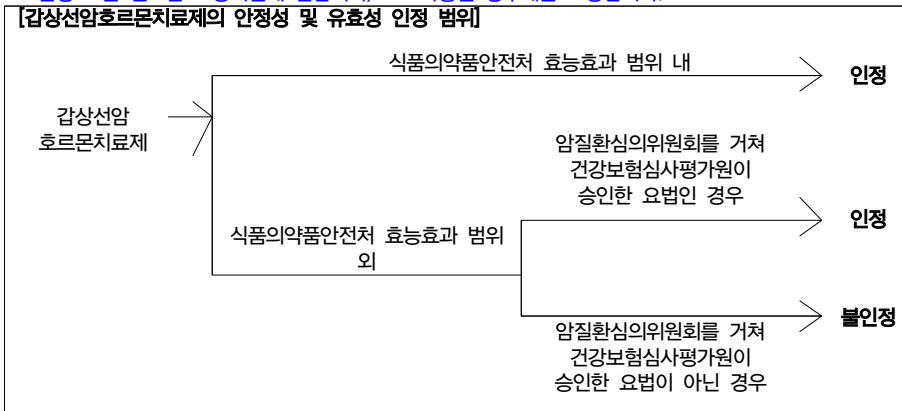
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “갑상선암”으로 진단확정되고, 그 “갑상선암”의 수술 후 “갑상선암호르몬약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 갑상선암호르몬약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

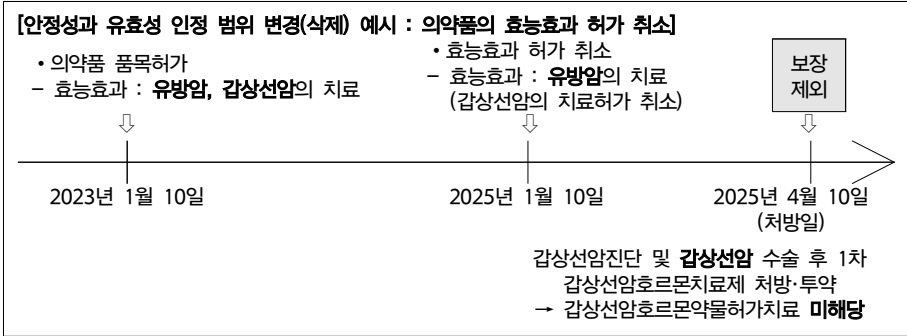
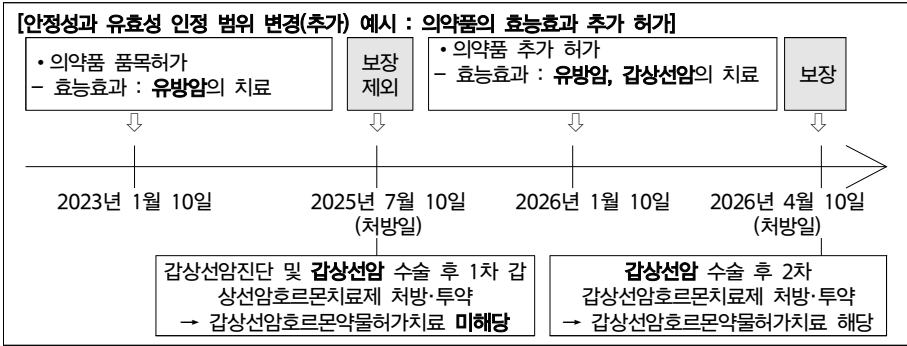
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 제3조(보험금의 지급사유)의 갑상선암호르몬약물허가치료비는 “갑상선암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[갑상선암호르몬치료제의 안전성 및 유효성 인정 범위]



- 2 제3조(보험금의 지급사유)에서 “갑상선암호르몬약물허가치료를 받은 경우”라 함은 “갑상선암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조(“갑상선암호르몬치료제” 및 “갑상선암호르몬약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 갑상선암호르몬약물치료 증명서
 - 가. 갑상선암호르몬약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질학심의회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
또한, 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 돌려드립니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 갑상선암허브분자항암치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- 4 제2항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- 5 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제27조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[계약자적립액]

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

카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회환,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조("카티(CAR-T) 보장 대상 암"의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"이라 함은 카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표(〔붙임3〕 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 다만 "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"는 제외합니다.
- 2 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세포부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- ③ “카티(CAR-T) 보장 대상 암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “카티(CAR-T)치료제”란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

[카티(CAR-T)치료제]

카티치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “카티(CAR-T)치료제”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, “암질환심의위원회”를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항(【부록】 참조)에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

["안정성과 유효성 인정 범위" 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
 - : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>)
 - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 (다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
 - : 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>)
 - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법
 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

④ 제2항의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

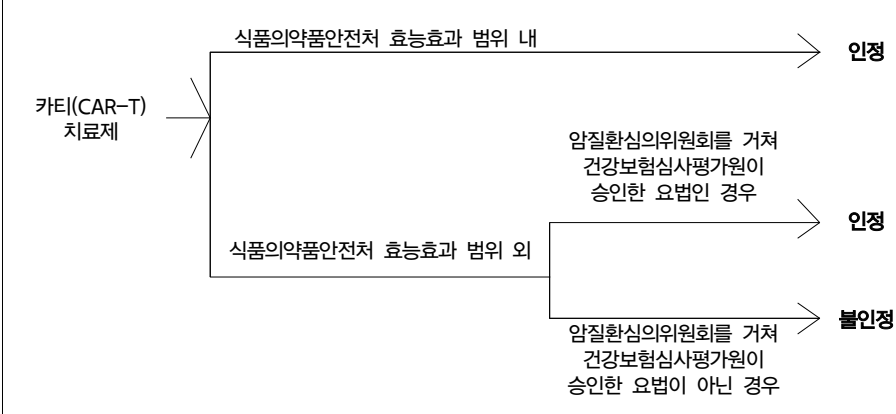
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 카티(CAR-T)항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

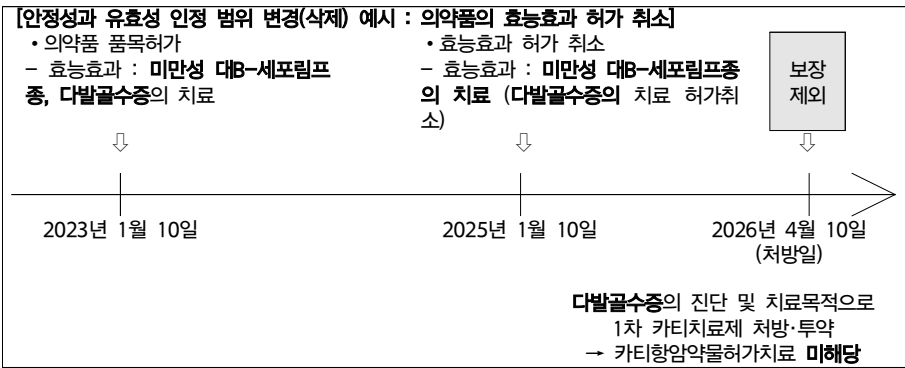
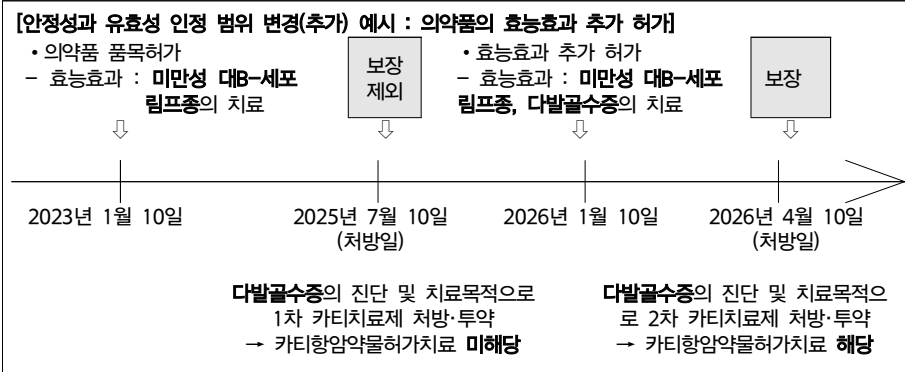
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 카티(CAR-T)항암약물허가치료비는 “카티(CAR-T)치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관을 말합니다)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

[카티(CAR-T)치료제의 안정성 및 유효성 인정 범위]



② 제3조(보험금의 지급사유)에서 “카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우”라 함은 카티(CAR-T)치료제를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2조(“카티(CAR-T)치료제” 및 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 안전성과 유효성 인정 범위가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 안전성과 유효성 인정 범위 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.



③ 제2항에 따라 안전성과 유효성 인정 범위가 변경되는 경우, 변경된 안전성과 유효성 인정 범위에 따라 “카티(CAR-T)보장 대상 암”을 변경하여 적용합니다.

④ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(「부록」 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 카티항암약물허가치료 증명서
 - 가. 카티항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료/특정항암호르몬약물허가치료/갑상선암 호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료 확인서(회사 양식)(아래의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명

- 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
- 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질한심위원회를 거쳐 건강보험 심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 임원처방조제의 경우 진료비세부내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 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 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제8조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 카티(CAR-T)항암약물허가치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제2항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제27조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

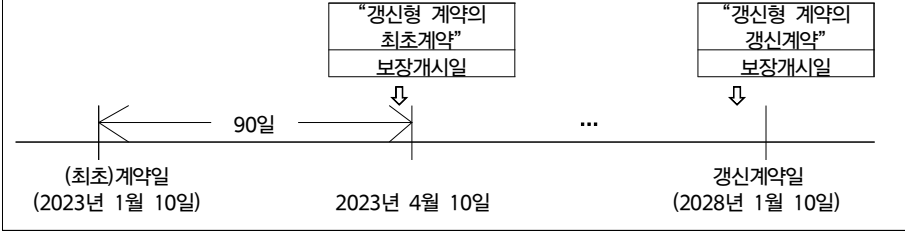
[계약자적립액]

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

제8조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)]



제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절, 공통조항 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일 이 지난 날의 다음날로 합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 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%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

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

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

【붙임2】 악성신생물 분류표

제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【붙임3】 카티(CAR-T) 보장 대상 악성신생물 분류표

약관에 규정하는 “카티(CAR-T) 보장 대상 암”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 미만성 대B-세포림프종	C83.3
2. 급성 림프모구성 백혈병 [ALL]	C91.0

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

6. (독립특별약관) 무배당
특정항암방사선치료비(갱신형)
특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며, 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제11조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제30조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 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.

용어	정의
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

③ 지급금과 이자를 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. [연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액 • 1년차 이자 = 100원 × 10% = 10원 원금 • 2년차 이자 = (100원 + 10원) × 10% = 11원 원금 1년차 이자 → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. [평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령 【부록】 참조)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. [해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령 【부록】 참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날

용어	정의
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. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2023년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비용으로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료

보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 제3조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)를 따릅니다.

제5조(보험금 지급사유의 통지)

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

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

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

- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제9조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 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.

제9조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제15조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 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 제2호【부록】참조에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제10조(사기에 의한 계약)

- 1 계약자 또는 피보험자가 대리인단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약 일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제11조(보험계약의 성립)

- 1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- 2 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- 3 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- 4 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 5 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- 6 제5항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 7 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제12조(청약의 철회)

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

[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약할 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 "서면 등"이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회할 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연 단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 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.

제13조(약관교부 및 설명의무 등)

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

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 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.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
 1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

- 4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 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 이자를 더하여 지급합니다.

제14조(특별약관의 무효)

제2절. 보장조항 제5조(특별약관의 무효)를 따릅니다.

제15조(계약내용의 변경 등)

- 1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- 2 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

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

- 3 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- 4 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 5 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- 6 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]

보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- 7 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제16조(보험나이 등)

- 1 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- 2 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- 3 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별에 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료

로 변경합니다.

- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1993년 7월 2일, 계약일 : 2023년 1월 10일

⇒ 2023년 1월 10일 - 1993년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제17조(특별약관의 소멸)

제2절. 보장조항 제6조(특별약관의 소멸)를 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제8조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제9조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제19조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제20조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제21조(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 있습니다. 이 경우 제28조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항에 따른 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.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제27조(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.

제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로, 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제27조(해약환급금)에 따라 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 청할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙할 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제8조(계약 전 알릴 의무), 제9조(알릴 의무 위반의 효과), 제10조(사기에 의한 계약), 제11조(보험계약의 성립) 및 제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청할 때 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제9조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제23조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따

라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제15조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명변경 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 말함)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 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 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제24조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사실이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사실을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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 제27조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자들이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제25조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 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 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조(회사의 파산선고와 해지)

- 1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- 3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제27조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조(해약환급금)

- 1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- 2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- 4 제24조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적용한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제28조(보험계약대출)

- 1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 3 제2항에도 불구하고 회사는 제21조(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.

제29조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제30조(특별약관의 자동갱신)

- 1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것
- 2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제31조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- 2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.
- 3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제32조(자동갱신의 적용)

- 1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
- 2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제30조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제33조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

- 1 계약자가 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제21조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.
- 2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제34조(갱신후 계약의 보장개시)

제30조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제35조(분쟁의 조정)

- 1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유

자·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.

- 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제36조(관할법원)

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

제37조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2023년 1월 1일에 발생하였음에도 2026년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제38조(약관의 해석)

- 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약에 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제40조(회사의 손해배상책임)

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

제41조(개인정보보호)

- 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조(준거법)

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

제43조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

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

제2절. 보장조항

암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- 1 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- 2 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- 3 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 4 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- 5 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

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

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

- 예시

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

- 6 “암(특정유사암포함)”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암(특정유사암포함)”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“항암양성자방사선치료”의 정의)

- 1 이 특별약관에 있어서 “항암양성자방사선치료”라 함은 “항암방사선치료” 중, 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 수소 원자 핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용하는 것을 말합니다.
- 2 제1항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암양성자방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(〔부록〕 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 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 반환 일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암양성자방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생 한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공동조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제2항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공동조항 제27조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

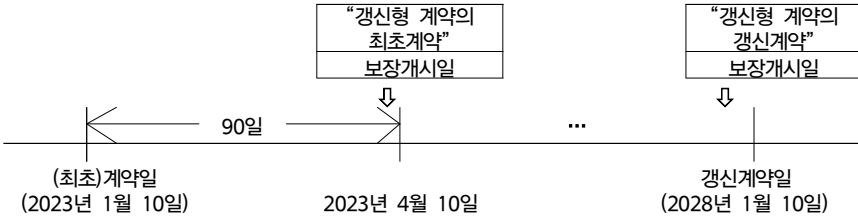
[계약자적립액]

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

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한, 1년감액지급)(3N5간편, 갱신형) 특별약관

제1조(“암(특정유사암포함)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “암(특정유사암포함)”이라 함은 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 “암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, “전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)”도 제외합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “기타피부암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ④ 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ⑤ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세포형 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- ⑥ 「암(특정유사암포함)」의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(특정유사암포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2조(“항암세기조절방사선치료”의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 “항암세기조절방사선치료(IMRT, Intensity Modulated Radiation Therapy)”라 함은 “항암방사선치료” 중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 세기조절방사선치료법을 이용하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 “항암방사선치료”를 말하며, 방사선 세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

[세기조절방사선치료법]

방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.

- ② 제1항의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 항암세기조절방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

최초계약			갱신계약
계약일부터 경과기간			
90일 이하	90일 초과 1년 미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액
-	이 특별약관 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액	

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 계약자에게 이미 납입한 보

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 돌려드립니다.

1. 피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되어 있는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

1. 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암세기조절방사선치료비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
2. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그 때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
3. 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
4. 제2항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

5. 제2항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제27조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

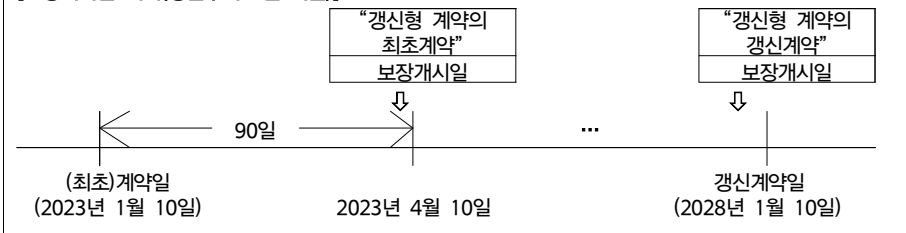
[계약자적립액]

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

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제18조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.

[보장개시일 예시(갱신주기 5년 기준)]



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절, 공통조항 제22조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 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%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

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

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

【붙임2】 악성신생물 분류표

제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

7. (독립특별약관) 무배당
간병인보장 입원비(갱신형)
특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
태아	계약을 체결할 때 아직 출생하지 않은 자로 출생 후 피보험자가 될 사람을 말하며, 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 출생전자녀가입 특별약관(이하 “출생전자녀가입 특별약관”이라 합니다)을 따릅니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제17조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제36조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약의 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

③ 지급금과 이자를 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	<p>회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.</p> <p>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1년차 이자 = $100\text{원} \times 10\% = 10\text{원}$ 원금 • 2년차 이자 = $(100\text{원} + 10\text{원}) \times 10\% = 11\text{원}$ 원금 1년치 이자 <p>→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</p>
평균공시이율	<p>전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.</p> <p>[평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】 참조)</p>
해약환급금	<p>계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.</p> <p>[해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.</p>

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	<p>회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】 참조)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
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. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀가입 특별약관을 따릅니다.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2023년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 단, 피보험자가 태아인 경우 출생전자녀 가입 특별약관을 따릅니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.
보험료 = 보장보험료 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료	

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항의 보장별 「보험금의 지급사유」 조항을 따릅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제2절. 보장조항의 보장별 「보험금 지급에 관한 세부규정」 조항을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제2절. 보장조항의 보장별 「보험금을 지급하지 않는 사유」 조항을 따릅니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것

으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급 예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

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

- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 「사업방법서」에서 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 그 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 동일한 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴 의무, 보험료 납입 의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

[연대(連帶)]

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지 의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 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.

제14조(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

[직업]

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

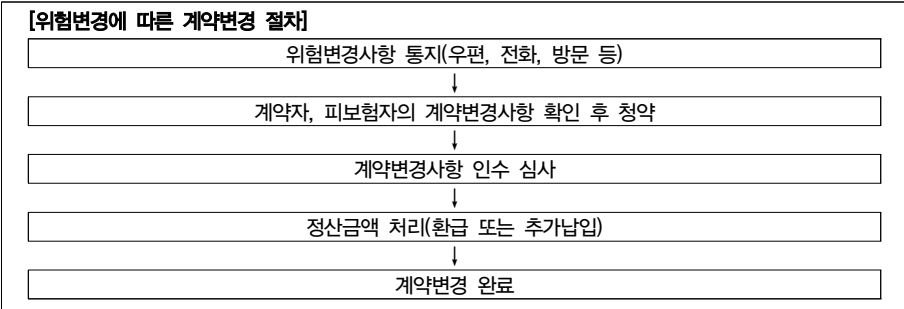
[직무]

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 출퇴

근용 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행 보조용 의자차는 제외합니다.)

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 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. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

- 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.
 - ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 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 제2호(【부록】 참조)에 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 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
 - ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
 - ⑧ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제16조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리인단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약 일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우

에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

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

[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 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.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

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

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 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.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 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 이자를 더하여 지급합니다.

제20조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 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 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)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.

- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우, 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

[심신상실자(心神喪失者)]

의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 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.

제21조(계약내용의 변경 등)

- 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 - 보험종목
 - 보험기간
 - 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 - 계약자, 피보험자
 - 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

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

- 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]

보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제22조(보험나이 등)

- 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(특별약관의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- 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.
- 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에

는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1993년 7월 2일, 계약일 : 2023년 1월 10일

⇒ 2023년 1월 10일 - 1993년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제23조(특별약관의 소멸)

제2절. 보장조항의 보장별 「특별약관의 소멸」 조항을 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약이 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 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 합니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제27조(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 있습니다. 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항에 따른 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 더이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제33조(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.

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

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
 - 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 - 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건의 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 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율 +1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조(강제징행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제징행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자

에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말함)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 같음하여 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 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제30조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제30조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(〔부록〕 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일로부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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 제33조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 「민법」 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자가 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제31조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생 시킨 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

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

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

제32조(회사의 파산선고와 해지)

- 1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- 3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제33조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조(해약환급금)

- 1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- 2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- 4 제30조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제34조(보험계약대출)

- 1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 3 제2항에도 불구하고 회사는 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독축)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
- 4 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제35조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제36조(특별약관의 자동갱신)

- 1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것
- 2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제37조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- 2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간 종료일로 합니다.
- 3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제38조(자동갱신의 적용)

- 1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
- 2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제36조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제39조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- 1 계약자가 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제27조(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 이 특별약관은 해제됩니다.
- 2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제40조(갱신후 계약의 보장개시)

제36조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제41조(분쟁의 조정)

- 1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- 2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에

대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

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

제43조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2023년 1월 1일에 발생하였음에도 2026년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

- 1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- 2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- 3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- 1 회사는 일반금융소비자에게 청약할 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 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 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약할 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

- 1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- 2 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 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.

제47조(개인정보보호)

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

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 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

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

제2절. 보장조항

간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력이 장애를 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 상해입원비는 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관에서 정한 「보험수익자의 지정」, 조항에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 회사는 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 보험수익자에게 제5항에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.
- 3 피보험자가 요양병원을 제외한 의료기관에 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용상해입원비로 제1항의 상해입원비에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인사용비용 지급을 하지 않습니다.
- 4 제2항의 “간병인”이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부속, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사 보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- 5 “간병인지원비용”이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 금액을 말합니다.

[회사가 정한 금액]

계약일에 따라 그 금액이 달라질 수 있으며, 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

- 6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 상해입원비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

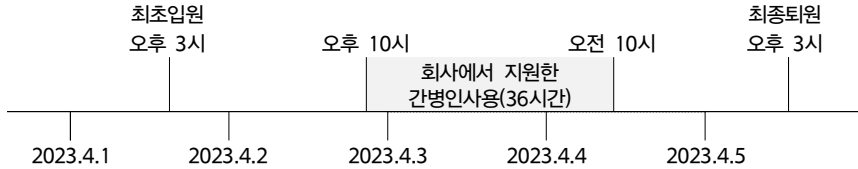
- 1 제2조(보험금의 지급사유)의 상해입원비 지급일수와 간병인 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 간호·간병통합서비스사용상해입원비 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- 2 제1항의 간병인 지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간 미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.
- 3 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제

2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 상해입원비로 지급합니다.

[상해입원비 지급일수 및 간병인 지원일수 예시]

1. 회사에서 지원한 간병인 사용

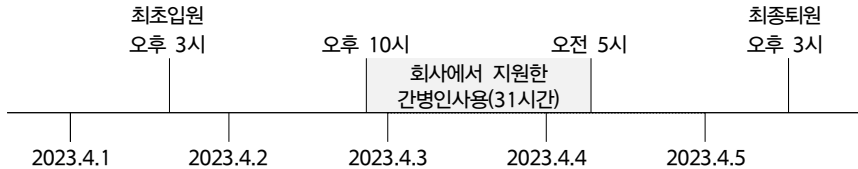
- 최초입원일시 : 2023년 4월 1일 오후 3시
- 간병인 사용시간 : 1일 12시간(36시간)



- ⇒ 총 입원일수 : 5일 (2023.4.1~2023.4.5)
- 간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 12시간)
- 상해입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

2. 회사에서 지원한 간병인 사용

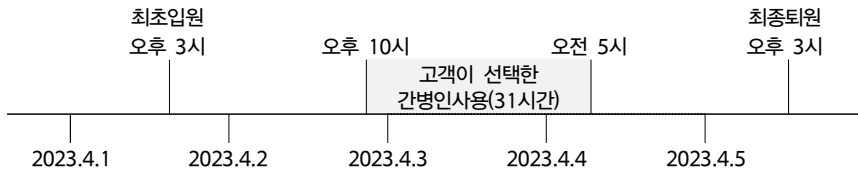
- 최초입원일시 : 2023년 4월 1일 오후 3시
- 간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



- ⇒ 총 입원일수 : 5일 (2023.4.1~2023.4.5)
- 간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 7시간)
- 상해입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3. 고객이 선택한 간병인 사용

- 최초입원일시 : 2023년 4월 1일 오후 3시
- 간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



- ⇒ 총 입원일수 : 5일 (2023.4.1~2023.4.5)
- 간병인 지원일수 : 1일 (24시간 + 7시간)
- 상해입원비 지급일수 : 5일 - 1일 = 4일

- ④ 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스사용상해입원비를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원 일수를 더합니다.
- ⑧ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비 및 간호·간병통합서비스사용상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따라 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.
- ⑩ 제7항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 공공도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 계약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

- ⑥ 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원 서비스를 제공 할 수 없게 되는 경우, 제1절. 공통조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 이 특별약관을 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 상해입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 입원 일수를 더합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ④ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

1. 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제2조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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. 오토보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

1. 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
2. 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
3. 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

4. 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공동조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5. 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공동조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- 1 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 간병인을 지원 받기 원할 경우 회사는 보험수익자에게 입원 1일당 이 특별약관에서 정한 간병인을 지원해 드리며, 제1항의 질병입원비는 지급하지 않습니다. 이 경우 보통약관에서 정한 「보험수익자의 지정, 조항에도 불구하고 피보험자를 보험수익자로 합니다. 다만, 피보험자가 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 회사는 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 보험수익자에게 제5항에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.
- 3 피보험자가 요양병원을 제외한 의료기관에 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 보험수익자에게 간호·간병통합서비스 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용질병입원비로 제1항의 질병입원비에 더하여 지급합니다. 이때, 회사는 제2항의 간병인 지원 및 간병인사용비용 지급을 하지 않습니다.
- 4 제2항의 “간병인”이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 제3항의 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- 5 “간병인지원비용”이라 함은 제2항에 따라 보험수익자에게 간병인을 지원해주기 위하여 회사가 정한 금액을 말합니다.

[회사가 정한 금액]

계약일에 따라 그 금액이 달라질 수 있으며, 당사 인터넷 홈페이지의 상품공시실에서 확인할 수 있습니다.

- 6 제2항에 따라 간병인을 지원 받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 질병입원비로 지급합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

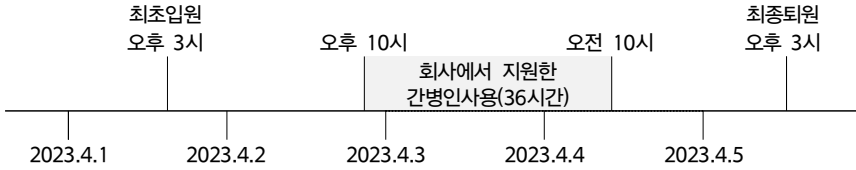
- 1 제2조(보험금의 지급사유)의 질병입원비 지급일수와 간병인 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 하며, 간호·간병통합서비스사용질병입원비 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- 2 제1항의 간병인 지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 24시간 미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.
- 3 제2항에도 불구하고 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 간병인사용비용을 지급하지 않고 질병입원비로 지급합니다.

[질병입원비 지급일수 및 간병인 지원일수 예시]

1. 회사에서 지원한 간병인 사용

·최초입원일시 : 2023년 4월 1일 오후 3시

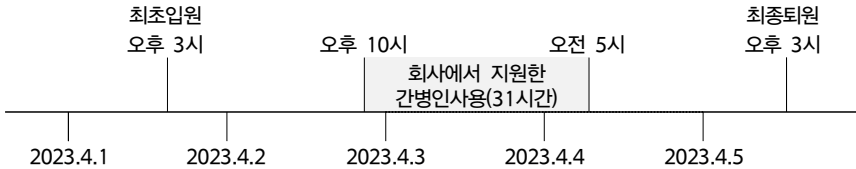
·간병인 사용시간 : 1일 12시간(36시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2023.4.1~2023.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 12시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

2. 회사에서 지원한 간병인 사용

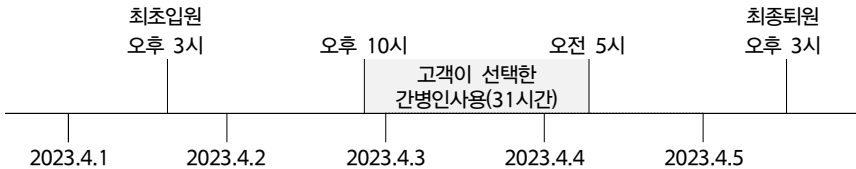
·최초입원일시 : 2023년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2023.4.1~2023.4.5.)
간병인 지원일수 : 2일 (24시간 + 7시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 2일 = 3일

3. 고객이 선택한 간병인 사용

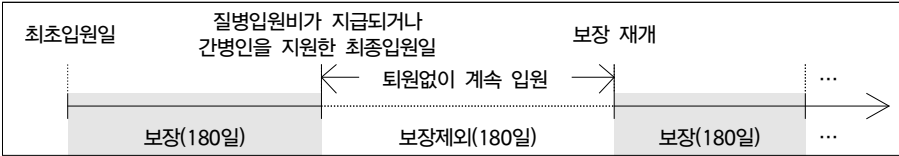
·최초입원일시 : 2023년 4월 1일 오후 3시
·간병인 사용시간 : 1일 7시간(31시간)



⇒ 총 입원일수 : 5일 (2023.4.1~2023.4.5.)
간병인 지원일수 : 1일 (24시간 + 7시간)
질병입원비 지급일수 : 5일 - 1일 = 4일

- 제1항에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보장합니다.
- 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제1항 및 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급합니다.

- ⑥ 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간호·간병통합서비스사용질병입원비를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비 또는 간호·간병통합서비스사용질병입원비가 지급되거나 간병인을 지원한 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑨ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비 및 간호·간병통합서비스사용질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않거나 간병인을 지원하지 않으며, 이미 간병인을 지원한 경우 회사가 정한 기준에 따라 간병인지원비용의 전부 또는 일부를 반환하여야 합니다.
- ⑪ 7항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 12. 정상분만, 초과질환
- ② 제1항에도 불구하고 이미 간병인을 지원한 경우 실제 간병인지원비용 상당액의 전부에 해당하는 금액을 반환하여야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 2 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- 3 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- 4 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

- 6 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 이 특별약관에 따른 간병인 지원 서비스를 제공 할 수 없게 되는 경우, 제1절. 공통조항 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 이 특별약관을 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용) 특별약관으로 변경하여 드립니다.

질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

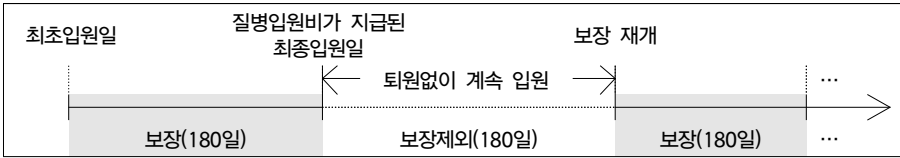
이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원비의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 1 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최초 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함한다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 7. 성병
- 8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- 9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임수술, 제왕절개
- 10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- 11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 12. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 계약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공동조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공동조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 - 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절, 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절, 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

간병인사용상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용상해입원비 (1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관
간병인사용상해입원비 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용상해입원비(요양병원제외, 1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용상해입원비 (요양병원) 세부보장	간병인사용상해입원비(요양병원, 1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형)

제1조(“입원”의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료와 관련하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조(“요양병원”의 정의)

이 특별약관에서 “요양병원”이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 간병인사용상해입원비(요양병원제외) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 간병인사용상해입원비(요양병원) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공

등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제1항의 간병인사용상해입원비(요양병원제외)를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제2항의 간병인사용상해입원비(요양병원)를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1항 및 제2항의 “간병인”이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다. 단, 제3항의 간호간병통합서비스를 제공하는 자 및 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상태로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급

하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산장구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상 보트, 패러글라이딩
2. 오토보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제33조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

간병인사용질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용질병입원비(1일이상180일한도) (3N5간편,갱신형) 특별약관
간병인사용질병입원비 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용질병입원비(요양병원제외, 1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용질병입원비 (요양병원) 세부보장	간병인사용질병입원비(요양병원, 1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형)

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
간병인사용질병입원비(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 50%	간병인사용질병입원비(요양병원제외) 세부보장의 보험가입금액	

② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
간병인사용질병입원비(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 50%	간병인사용질병입원비(요양병원) 세부보장의 보험가입금액	

③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스) 세부보장 보험가입금액의 50%	간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액	

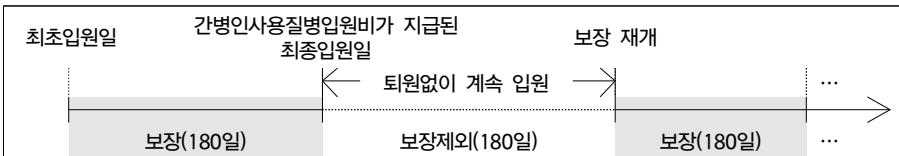
- ④ 제1항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제1항의 간병인사용질병입원비(요양병원제외)를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제2항의 간병인사용질병입원비(요양병원)를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1항 및 제2항의 “간병인”이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다. 단, 제3항의 간호간병통합서비스를 제공하는 자 및 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제3항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적합한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절, 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

간병인사용상해입원비(1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용상해입원비 (1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관
간병인사용상해입원비 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용상해입원비(요양병원제외, 1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용상해입원비 (요양병원) 세부보장	간병인사용상해입원비(요양병원, 1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용상해입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스, 1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형)

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 간병인사용상해입원비(요양병원제외) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.
- ② 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 간병인사용상해입원비(요양병원) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.
- ③ 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로서 생활기능 또는 업무능력에 장애를 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액을 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용상해입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제1항의 간병인사용상해입원비(요양병원제외)를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제2항의 간병인사용상해임원비(요양병원)를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1항 및 제2항의 “간병인”이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다. 단, 제3항의 간호간병통합서비스를 제공하는 자 및 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부속, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용상해임원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용상해임원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용상해임원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제3항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[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 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)에 따른 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급

합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

【계약자적립액】

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

간병인사용질병입원비(1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관

이 특별약관은 아래와 같이 3개 세부보장으로 구성되어 있습니다.

구분	간병인사용질병입원비(1일이상10일한도) (3N5간편,갱신형) 특별약관
간병인사용질병입원비 (요양병원제외) 세부보장	간병인사용질병입원비(요양병원제외, 1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용질병입원비 (요양병원) 세부보장	간병인사용질병입원비(요양병원, 1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형)
간병인사용질병입원비 (간호간병통합서비스) 세부보장	간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스, 1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형)

제1조("입원"의 정의 및 장소)

이 특별약관에서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2조("요양병원"의 정의)

이 특별약관에서 "요양병원"이라 함은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
간병인사용질병입원비(요양병원제외) 세부보장 보험가입금액의 50%	간병인사용질병입원비(요양병원제외) 세부보장의 보험가입금액	

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우에는 간병인을 사용한 입원 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(요양병원)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(요양병원)의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
간병인사용질병입원비(요양병원) 세부보장 보험가입금액의 50%	간병인사용질병입원비(요양병원) 세부보장의 보험가입금액	

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 아래의 금액을 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)의 지급일수는 1회 입원당 10일을 한도로 합니다.

최초계약		갱신계약
계약일부터 경과기간		
1년 미만	1년 이상	
간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스) 세부보장 보험가입금액의 50%	간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스) 세부보장의 보험가입금액	

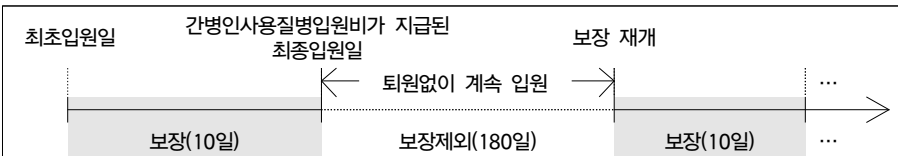
- ④ 제1항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제1항의 간병인사용질병입원비(요양병원제외)를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 입원 1일당 간병인을 8시간 미만으로 사용한 경우에는 제2항의 간병인사용질병입원비(요양병원)를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1항 및 제2항의 “간병인”이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말합니다. 단, 제3항의 간호간병통합서비스를 제공하는 자 및 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.

[간병인의 주요 업무]

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하지 않고 입원하던 중 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우에는 간호·간병통합서비스 사용 시작일부터 실제 간호·간병통합서비스사용 일수를 기준으로 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급합니다.
- ② 피보험자가 간호·간병통합서비스를 사용하여 입원하던 중 간호·간병통합서비스 사용을 중단 또는 종료하는 경우에는 실제 간호·간병통합서비스 사용 일수를 기준으로 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 간병인사용질병입원비(간호간병통합서비스)를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나 시작된 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원일부터 180일이 지나도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용질병입원비가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간(갱신형 계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간)이 종료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용질병입원비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 제3항의 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(단, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우는 제외). 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유에는 보험금을 지급합니다.

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임수술, 제왕절개
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외하곤 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다. 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자 등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제1절. 공통조항 제33조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제1절. 공통조항 제34조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 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%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

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

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

8. (독립특별약관) 무배당
다빈치로봇수술비(1회한)
(갱신형) 특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제10조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제29조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다더라면 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.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

③ 지급금과 이자를 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	<p>회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.</p> <p>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1년차 이자 = $100\text{원} \times 10\% = 10\text{원}$ 원금 • 2년차 이자 = $(100\text{원} + 10\text{원}) \times 10\% = 11\text{원}$ 원금 1년차 이자 <p>→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</p>
평균공시이율	<p>전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.</p> <p>[평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령 【부록】 참조)</p>
해약환급금	<p>계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.</p> <p>[해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.</p>

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	<p>회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령 【부록】 참조)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
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.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해년도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2023년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장 보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가 보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관 리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.

보험료 = 보장보험료

보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항 제4조(보험금의 지급사유)를 따릅니다.

제4조(보험금 지급사유의 통지)

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

제5조(보험금의 청구)

제2절. 보장조항 제9조(보험금의 청구)를 따릅니다.

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ③ 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

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

- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제8조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제7조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 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.

제8조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 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. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의

행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때

나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제14조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(【부록】참조)에 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(등가우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제9조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리인단, 악물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약 일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제10조(보험계약의 성립)

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

급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다더라도 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제11조(청약의 철회)

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

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 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.

제12조(약관교부 및 설명의무 등)

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

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 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.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 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 이자를 더하여 지급합니다.

제13조(특별약관의 무효)

제2절. 보장조항 제5조(특별약관의 무효)를 따릅니다.

제14조(계약내용의 변경 등)

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

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

- ② 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

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

- ③ 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약을 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]

보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ⑦ 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제15조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1993년 7월 2일, 계약일 : 2023년 1월 10일
 ⇒ 2023년 1월 10일 - 1993년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제16조(특별약관의 소멸)

제2절. 보장조항 제6조(특별약관의 소멸)를 따릅니다.

제5관. 보험료의 납입

제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제7조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제8조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제18조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제19조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제27조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항에 따른 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.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제26조(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.

제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로, 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- 2] 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 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 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- 3] 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1] 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제26조(해약환급금)에 따라 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 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- 2] 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제7조(계약 전 알릴 의무), 제8조(알릴 의무 위반의 효과), 제9조(사기에 의한 계약), 제10조(보험계약의 성립) 및 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- 3] 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제7조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제8조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제22조(강제징행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- 1] 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제징행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제14조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- 2] 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- 3] 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- 4] 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- 5] 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 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 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제23조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조의2(위법계약의 해지)

- 1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위외사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- 2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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 제26조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자등이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제24조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생

시킨 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 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 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제26조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제26조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- ④ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제27조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제20조(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.

제28조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제29조(특별약관의 자동갱신)

- ① 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것
- ② 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제30조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.
- ③ 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제31조(자동갱신의 적용)

- ① 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제29조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제32조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제20조(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 이 특별약관은 해제됩니다.
- ② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제33조(갱신후 계약의 보장개시)

제29조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제34조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원)

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

제36조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2023년 1월 1일에 발생하였음에도 2026년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제37조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제38조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 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 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제39조(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.

제40조(개인정보보호)

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

제41조(준거법)

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

제42조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환금금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제2절. 보장조항

암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조("암(갑상선암및전립선암제외)"의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에서 "암(갑상선암및전립선암제외)"이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)에서 정한 질병 중 "분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)에 해당하는 질병" 및 "분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병"을 제외한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다. 또한, "전암 상태(Premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)"도 제외합니다.
- 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 "분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)"의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생된 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- 예시

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

- "암(갑상선암및전립선암제외)"의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경조건을 기초로 하여야 합니다.

제2조("다빈치로봇수술"의 정의)

- 이 특별약관에서 "다빈치로봇수술"이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 "수술"을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]

다빈치로봇수술이란 "암(갑상선암및전립선암제외)"의 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)

- 제1항의 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 "다빈치로봇수술"을 받은 것으로 봅니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “다빈치로봇수술”에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 본다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				갱신계약	지급한도
최초계약					
계약일부 경과기간					
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액	이 특별약관의 보험가입금액	최초 1회한
-	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액			

제5조(특별약관의 무효)

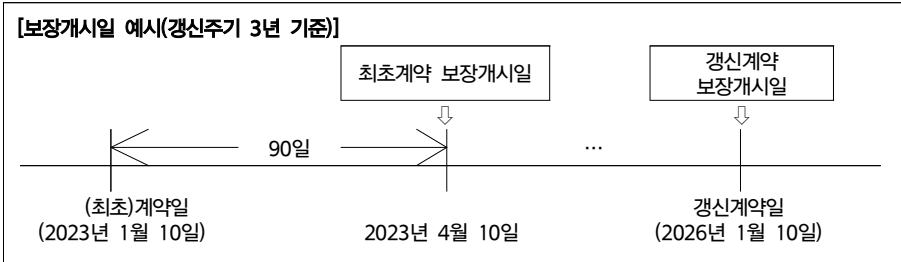
피보험자가 이 특별약관의 계약일부터 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- 1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본

인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“갑상선암” 및 “전립선암”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “전립선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C61(전립선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 이 특별약관에서 “갑상선암”이라 함은 악성신생물 분류표(【붙임2】 참조)의 “분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)”에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ③ 회사는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 “분류번호 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)”의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

[원발부위(최초 발생한 부위) 기준]

이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다.
다만 원발암이 확인되지 않은 경우에는 이차성암이 발생한 부위의 암을 기준으로 보험금을 지급합니다.

- ④ “갑상선암” 및 “전립선암”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 병리과 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다.

제2조(“다빈치로봇수술”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “다빈치로봇수술”이란 “갑상선암” 또는 “전립선암”의 직접적인 치료를 목적으로 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 중 아래의 진료행위코드에 해당하는 “수술”을 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 진료행위코드가 변경된 경우는 개정된 기준을 적용합니다.

진료행위	진료행위코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 da Vinci®	QZ961

[다빈치로봇수술]

다빈치로봇수술이란 “갑상선암” 또는 “전립선암”의 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 진료행위코드를 받지 않았다 하더라도 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 “다빈치로봇수술”을 받은 것으로 봅니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 “다빈치로봇수술”에 해당하는 진료행위코드가 신설되는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.

제3조(“수술”의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 함

니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 직접적인 치료를 목적으로 의료 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 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(항후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

[신의료기술평가위원회]

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항의 수술에서 아래 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용 또는 성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술, 피임(避妊) 및 불임술 후 가임 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

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)]

- 체외충격파쇄석술, 전기소작술, 도수정복술, 비관혈적 관절수동술
- 창상봉합술, 절개 또는 배농술, 배액술
- 도관삽입술, 중심정맥내 카테터 유치술
- 하지정맥류 관련 레이저정맥폐쇄술, 고주파정맥폐쇄술, 시아노아크릴레이트를 이용한 복재정맥 폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 경피적 경막외강 신경성형술, 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술
- 치, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

- ⑤ 제4항 제7호의 “항암방사선치료”라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 이용하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 제7호의 “항암약물치료”라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

[면역요법]

의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법으로서 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말하며, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물은 제외합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 “감상선암” 또는 “전립선암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇수술”을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 다빈치로봇수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

지급금액				갱신계약	지급한도
최초계약					
계약일부러 경과기간					
90일이하	90일 초과 1년미만	1년 이상	이 특별약관의 보험가입금액	최초1회한	
-	이 특별약관의 보험가입금액의 50%	이 특별약관의 보험가입금액			

제5조(특별약관의 무효)

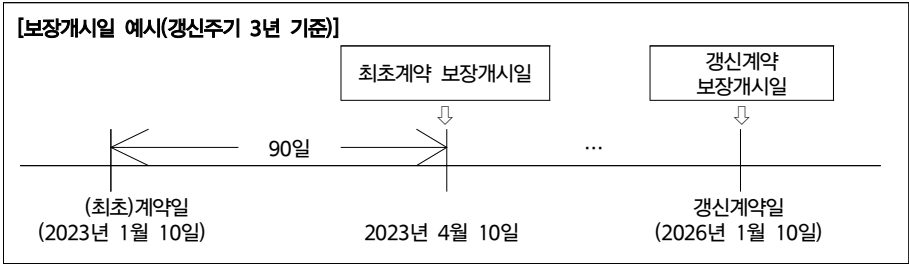
피보험자가 이 특별약관의 계약일부러 제7조(회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 전일 이전에 “갑상선암” 또는 “전립선암”으로 진단확정되어 있는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- 1 회사는 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 다빈치로봇수술비를 지급한 경우, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(회사의 보장개시)

제1절. 공통조항 제17조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 이 특별약관의 보장개시일은 계약일부러 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 단, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일로 합니다.



제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우 제1절. 공통조항 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다.
- 2 제1항에 따라 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일부러 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

제9조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비 세부내역서, 수술기록지, 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본

인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】참조)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 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%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

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

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제6조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

【붙임2】 악성신생물 분류표

제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

9. (독립특별약관) 무배당
상해질병치료지원금(갱신형)
특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 특별약관은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
보험약관	계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액을 말합니다.
최초계약	제12조(보험계약의 성립) 제3항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제31조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
상해	보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(이수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 손해를 말합니다.
보험금	보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자 또는 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약を 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제8차 개정(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)을 따릅니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병)의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류(또는 상병분류)가 변경되더라도 그 질병(또는 상병)의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다. 또한, 대상질병(또는 대상상병) 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병(또는 대상상병) 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

③ 지급금과 이자를 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	<p>회사가 지급할 금액에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.</p> <p>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1년차 이자 = $100\text{원} \times 10\% = 10\text{원}$ 원금 • 2년차 이자 = $(100\text{원} + 10\text{원}) \times 10\% = 11\text{원}$ 원금 1년치 이자 <p>→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</p>
평균공시이율	<p>전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.</p> <p>[평균공시이율] 「보험업감독규정 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령【부록】 참조)</p>
해약환급금	<p>계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.</p> <p>[해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.</p>

④ 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	<p>회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】 참조)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
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.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2023년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

⑤ 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.
보험료 = 보장보험료 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료	

제2관. 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제2절. 보장조항의 보장별 「보험금의 지급사유」 조항을 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제2절. 보장조항의 보장별 「보험금을 지급하지 않는 사유」 조항을 따릅니다.

제5조(보험금 지급사유의 통지)

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

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1항의 보험금 지급사유에 대해 합의에 도달하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 이 때, 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 필요한 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

③ 회사는 제1항의 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급일일을 초과할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제7항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

6. 제2항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 따라 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급 합니다.
- ⑤ 제3항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[가지급보험금]

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

- ⑥ 회사는 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제3항에 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제10조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑧ 회사는 제7항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제8조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 내용을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 「상법」상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 규정한 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강검진의 결과인 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[「상법」 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)]

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 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.

제9조(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

[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

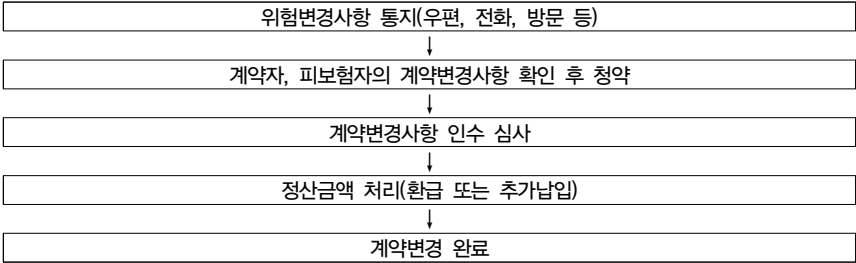
[직무]

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 보험보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제16조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제10조(알림 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
 - 1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제8조(계약 전 알림 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제9조(상해보험계약 후 알림 의무) 제1항을 위반하고 그 의무가 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 경우
- ② 제1항 제1호에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났을 때 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 계약자가 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 그 기초자료에 이미 알린 내용을 원인으로 보험금 지급사유가 발생 하였을 때. 다만, 회사는 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우에는 제16조(계약내용의 변경 등)를 따릅니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무가 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 제2호【부록】 참조)에 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 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제9조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생 된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 질병(예)고혈압)이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 질병(예)고혈압) 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다. 계약 체결 전에 피보험자의 고지사항이 청약서에 제대로 기재되어 있는지 반드시 확인하시기 바랍니다.

제11조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 통해 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약 일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의한 계약의 성립을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제12조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약일, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단 계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다면 청약일부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초계약의 청약일부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제13조(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 전문금융소비가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호【부록】참조에서 정하는 전문금융소비를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 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.

제14조(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 제공하여야 합니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
 1. 서면교부
 2. 우편 또는 전자우편
 3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명무의 중요사항 등) 및 「보험계약규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 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.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 중 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 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 이자를 더하여 지급합니다.

제15조(특별약관의 무효)

회사는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 계약자에게 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 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(타인의 생명보험)(【부록】 참조)에 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약

의 경우, 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

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.

[심신상실자(心神喪失者)]

의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 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.

제16조(계약내용의 변경 등)

1. 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
2. 계약자는 회사의 승낙없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.

[계약자의 보험수익자 변경 통지]

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

3. 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
4. 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 회사는 그 감액된 부분을 해지된 것으로 보며, 이에 따라 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
5. 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
6. 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]

보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

7. 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제17조(보험나이 등)

1. 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제15조(특별약관의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
2. 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
3. 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1993년 7월 2일, 계약일 : 2023년 1월 10일
 ⇒ 2023년 1월 10일 - 1993년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제18조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 "사망"은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제28조(해약환급금) 제1항에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

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

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제8조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제10조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 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 합니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터

터 적용합니다.

제20조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제21조(보험료의 자동대출납입)

- 1 계약자는 제22조(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 있습니다. 이 경우 제29조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- 2 제1항에 따른 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.
- 3 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- 4 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 보고 제28조(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.

제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- 1 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로, 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- 2 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 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 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- 3 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- 1 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제28조(해약환급금)에 따라 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 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율+1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- 2 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제8조(계약 전 알릴 의무), 제10조(알릴 의무 위반의 효과), 제11조(사기에 의한 계약), 제12조(보험계약의 성립) 및 제19조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- 3 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제8조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제10조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제24조(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 제16조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- 2 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- 3 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- 4 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- 5 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

·추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 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 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제25조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제25조의2(위법계약의 해지)

- 1 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- 2 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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 제28조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 5 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자들이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제26조(중대사유로 인한 해지)

- 1 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 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 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제27조(회사의 파산선고와 해지)

- 1 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- 2 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- 3 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제28조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조(해약환급금)

- 1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- 2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- 4 제25조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제29조(보험계약대출)

- 1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.

- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제22조(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.

제30조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제31조(특별약관의 자동갱신)

- ① 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - 1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
 - 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내 일 것
 - 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 - 4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것
- ② 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제32조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- ② 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.
- ③ 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제33조(자동갱신의 적용)

- ① 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정할 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
- ② 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제31조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제34조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제22조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제22조(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 이 특별약관을 해제됩니다.
- ② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제35조(갱신후 계약의 보장개시)

제31조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제36조(분쟁의 조정)

- 1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- 2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제37조(관할법원)

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

제38조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2023년 1월 1일에 발생하였음에도 2026년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제39조(약관의 해석)

- 1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- 2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- 3 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제40조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- 1 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 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 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제41조(회사의 손해배상책임)

- 1 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험 수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계법령 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.

제42조(개인정보보호)

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

제43조(준거법)

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

제44조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

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

제2절. 보장조항

상해질병치료지원금(연간1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

["연내 급여 의료비 총액" 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도		...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)	...

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도		...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)	...

제2조("임금근로자 중위소득"의 정의)

① 이 특별약관에서 "임금근로자 중위소득"이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협의) 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다.(관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- "통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계"

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

② 제1항의 "임금근로자 중위소득"은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

["임금근로자 중위소득" 적용 방법]

	2023년도에 속하는 계약(해당)일로부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일로부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	...

(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우

	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

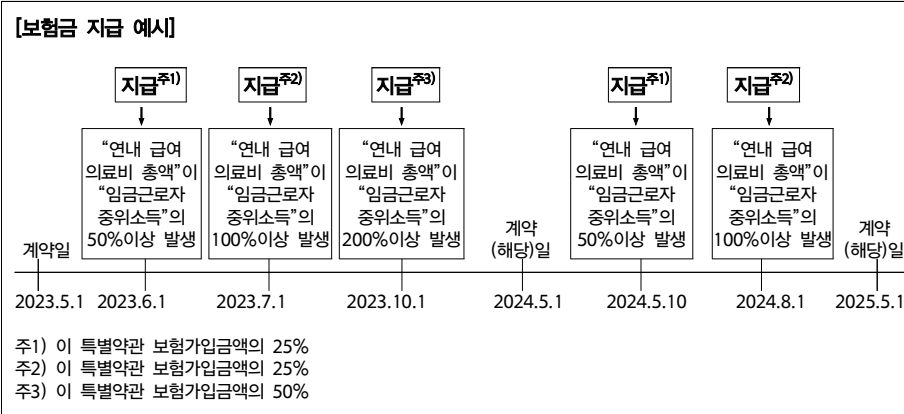
제3조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 "연내 급여 의료비 총액"이 "임금근로자 중위소득"에 "중위소득 비율 지급기준"을 곱한 금액 이상 발생한 경우

각각 연간 1회에 한하여 아래 금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

중위소득 비율 지급기준	지급금액	지급 한도
50%	이 특별약관 보험가입금액의 25%	연간1회한
100%	이 특별약관 보험가입금액의 25%	연간1회한
200%	이 특별약관 보험가입금액의 50%	연간1회한

- ② 제1항의 “연간”이라 함은 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약 해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정 기준일자는 “연내 급여 의료비 총액”이 “임금근로자 중위소득”에 “중위소득 비율 지급기준”을 곱한 금액 이상 발생한 날로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상 보트, 패러글라이딩
 - 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다)
 - 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- 청구서(회사 양식)
 - 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 - 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

상해질병치료지원금(중위소득50%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령 【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조외4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

["연내 급여 의료비 총액" 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	...	...

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	...	...

제2조("임금근로자 중위소득"의 정의)

① 이 특별약관에서 "임금근로자 중위소득"이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협의) 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다.(관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- "통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계"

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

② 제1항의 "임금근로자 중위소득"은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

["임금근로자 중위소득" 적용 방법]

	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
	2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.

(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우

	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 "연내 급여 의료비 총액"이 "임금근로자 중위소득"에 50%(0.5배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여

이 특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 압벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말한다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상 보트, 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)〔부록〕 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

상해질병치료지원금(중위소득100%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

["연내 급여 의료비 총액" 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)

제2조(“입금근로자 중위소득”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “입금근로자 중위소득”이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조

(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협)의 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다. (관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- “통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계”

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

② 제1항의 “임금근로자 중위소득”은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

[“임금근로자 중위소득” 적용 방법]

	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	

(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우

	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 “연내 급여 의료비 총액”이 “임금근로자 중위소득”에 100%(1배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 방벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상 보트, 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- 1 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- 2 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- 3 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- 1 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- 2 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

상해질병치료지원금(중위소득200%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- 1 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령 【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- 2 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- 3 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- 4 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강

보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원내 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

[“연내 급여 의료비 총액” 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	계약해당일 (2027.5.1.)	계약해당일 (2028.5.1.)

제2조(“임금근로자 중위소득”의 정의)

① 이 특별약관에서 “임금근로자 중위소득”이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협의) 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다.(관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- “통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계”

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

② 제1항의 “임금근로자 중위소득”은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

["임금근로자 중위소득" 적용 방법]			
	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.	
(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우			
	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 “연내 급여 의료비 총액”이 “임금근로자 중위소득”에 200%(2배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 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, 수상 보트, 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절, 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

상해질병치료지원금(중위소득300%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관

제1조(“급여 의료비” 및 “연내 급여 의료비 총액”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “급여 의료비”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 비용으로 비급여는 포함하지 않습니다.(관련법령 【부록】 참조)

[본인부담금]

본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부 본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.

[비급여]

「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

- ② 제1항의 “급여 의료비”는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 병원, 의원(단, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항(【부록】 참조)에서 정한 치과의원, 치과병원은 제외합니다.)에서 발생한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여 의료비”는 아래의 사유로 감면 받은 경우도 감면 전 급여 의료비를 기준으로 합니다.
 1. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함합니다)
 2. 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우
 3. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
 4. 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우
- ④ 제1항의 “급여 의료비”는 아래 내용에 해당하는 금액을 포함하여 계산합니다.
 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정)(【부록】 참조)에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑤ 이 특별약관에서 “연내 급여 의료비 총액”이라 함은 해당 상병의 진료를 위하여 제2항에서 정한 병원 또는 의원에 내원 또는 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “급여 의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 단, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.

["연내 급여 의료비 총액" 계산 예시]

1) 통원(내원)의 경우 진료일자의 시작일은 통원(내원)일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1. 통원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	...	...

2) 입원의 경우 진료일자의 시작일은 해당 병원 또는 의원의 입원시작일자로 적용

1차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2023.6.1.~ 2023.10.1입원

2차년도 급여 의료비에 포함

↓ 2024.12.1.~2025.6.1.입원

1차년도		2차년도		3차년도	
계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)	계약해당일 (2026.5.1.)	...	...

제2조("임금근로자 중위소득"의 정의)

① 이 특별약관에서 "임금근로자 중위소득"이라 함은 「통계법」 제24조(행정자료의 제공) 및 동법 제18조(통계작성의 승인)에 따라 승인된 「통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계」로 매년 공표되는 임금근로자 중위소득 중 당사 홈페이지에 공시된 금액을 말하며, 「통계법 시행령」 제32조(조사표 등의 기재 사항) 및 「통계법 시행규칙」 제20조(국가통계승인 (협의) 마크)에 의하여 인정받은 경우를 말합니다.(관련법령 【부록】 참조)

[국가승인통계 여부 확인 방법]

- 통계청 홈페이지(<https://kostat.go.kr>)
- 정책정보 - 국가승인통계현황 - 통계부문별 현황 - 노동
- "통계 승인번호 제101074호 일자리행정통계"

[당사 홈페이지에 공시된 금액 확인 방법]

- 당사 홈페이지 공시
- 한화손해보험 홈페이지(<https://www.hwgeneralins.com>)
- 공시실 - 상품공시 - 상해질병치료지원금 보장 관련 임금근로자 중위소득

② 제1항의 "임금근로자 중위소득"은 매년 계약해당일에 다시 계산합니다.

["임금근로자 중위소득" 적용 방법]

	2023년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2020년 임금근로자 중위소득 적용	2024년도에 속하는 계약(해당)일부터 차년도 계약해당일 전일까지 2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
↑ 2020년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2021년 임금근로자 중위소득 공표	↑ 2022년 임금근로자 중위소득 공표	...
	2023.1.1.	2024.1.1.	2025.1.1.

(예시) 위와 같이 매년 임금근로자 중위소득이 공표되고, 2023.5.1.일에 계약한 경우

	2020년 임금근로자 중위소득 적용	2021년 임금근로자 중위소득 적용	...
	1차년도	2차년도	...
	계약일 (2023.5.1.)	계약해당일 (2024.5.1.)	계약해당일 (2025.5.1.)

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 "연내 급여 의료비 총액"이 "임금근로자 중위소득"에 300%(3배)를 곱한 금액 이상 발생한 경우 최초 1회에 한하여 이

특별약관 보험가입금액을 상해질병치료지원금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없는 한 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 이 특별약관의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 압벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상 보트, 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 보험금을 지급합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해질병치료지원금을 지급한 경우에는, 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 서류는 「의료법」 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 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%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

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

주3) 가산이율 적용시 제1절. 공통조항 제7조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

10. (독립특별약관) 무배당
가족일상생활중배상책임Ⅲ
(대물20만원(누수50만원)공제)
(갱신형) 특별약관

제1절. 공통조항

제1관. 목적 및 용어의 정의

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 이 특별약관이 부가된 주된 보험계약의 보통약관(이하 “보통약관”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

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

① 계약관계 관련 용어

용어	정의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
피보험자	보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것을 말합니다.
최초계약	제19조(보험계약의 성립) 제2항에 의하여 최초로 성립된 계약을 말합니다.
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제40조(특별약관의 자동갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.

② 지급사유 관련 용어

용어	정의
배상책임	보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
법률상의 배상책임	법률규정에 따른 배상책임을 말하며, 계약에 의하여 법률규정보다 가중된 배상책임(계약상의 가중책임)은 제외합니다.
대인 배상책임	타인의 신체장해에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.
대물 배상책임	타인의 재물손해에 대한 법률상의 배상책임을 말합니다.
보상한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 「보험금 등의 지급한도」 조항에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
보험금	보험금의 지급사유가 발생하였을 때 회사가 피보험자에게 지급하는 금액을 말합니다.
자기 부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험금 분담	이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
대위권	회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

용어	정의
신체	의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다.
신체장해	신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.
재물손해	아래의 손해를 말합니다. 가. 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 직접손해 나. 물리적으로 망가뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해 다. 물리적으로 망가뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해
사고	급격하게 발생하는 것을 포함하여 위험이 서서히, 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 신체장해나 재물손해를 말합니다.
1회의 사고	하나의 원인 또는 사실상 같은 종류의 위험에 계속적, 반복적 또는 누적적으로 노출되어 그 결과로 발생한 사고로써 피보험자나 피해자의 수 또는 손해배상청구의 수에 관계없이 1회의 사고로 봅니다.
테러	정부, 일반대중, 일부집단 등에 대하여 영향을 미치거나 공포를 조성할 의도를 포함하여 정치, 종교, 특정이념, 기타 유사한 목적을 가지고 단독으로 또는 조직이나 정부를 대신하거나 연계하여 행하는 개인이나 집단의 무력 또는 폭력의 사용, 위협 등을 말합니다.
중요한 사항	계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3 지급금과 이자를 관련 용어

용어	정의
연단위 복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>[연단위 복리 예시] 원금 100원, 연간 10% 이자를 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자금액</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1년차 이자 = $100\text{원} \times 10\% = 10\text{원}$ 원금 • 2년차 이자 = $(100\text{원} + 10\text{원}) \times 10\% = 11\text{원}$ 원금 1년차 이자 <p>→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원</p> </div>
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>[평균공시이율] 「보험업감독규정」 제1-2조(정의) 제13호에서 정하고, 「보험업감독업무시행세칙」 제4-4조(평균공시이율)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.(관련법령 【부록】 참조)</p> </div>
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>[해지] 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 보험기간 종료일 이전에 계약관계를 청산하는 것을 말합니다.</p> </div>

4 기간과 날짜 관련 용어

용어	정의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

용어	정의
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 다음에 해당하는 경우는 제외합니다.(관련법령【부록】 참조) 1. 토요일 2. 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 대체공휴일 3. 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날
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.
계약일	계약자와 회사가 계약을 체결한 날을 말합니다.
보험년도	당해연도 계약해당일로부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어 계약일이 2023년 1월 10일인 경우 보험년도는 1월 10일부터 차년도 1월 9일까지 1년입니다.
계약해당일	계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5 보험료 관련 용어

용어	정의
보험료	계약자가 계약에 따라 회사에 지급하여야 하는 금액으로, 보장보험료를 말합니다.
보장보험료	위험을 보장하기 위해 필요한 보험료를 말합니다.
보장부분 순보험료	보장보험료에서 보장부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
부가보험료	회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되는 보험료를 말하며, 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구분됩니다.
보험료 = 보장보험료 보장보험료 = 보장부분 순보험료 + 부가보험료	

제2관. 보험금의 지급

제3조(피보험자의 범위)

제2절. 보장조항 제1조(피보험자의 범위)를 따릅니다.

제4조(보상하는 손해)

제2절. 보장조항 제2조(보상하는 손해)를 따릅니다.

제5조(보상하지 않는 손해)

제2절. 보장조항 제3조(보상하지 않는 손해)를 따릅니다.

제6조(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 정당한 이유없이 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용(중재 또는

조정에 관한 비용 포함)과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 「상법」 제 657조(보험사고발생의 통지 의무) 제1항(【부록】 참조)에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2절. 보장조항 제2조(보상하는 손해) 제2항 제1호 및 제2항 제2호 다. 또는 라.의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상합니다.

제7조(보험금의 청구)

피보험자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출해야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 손해배상금 및 그 밖의 내용을 지급하였음을 증명하는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수할 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.
- ② 제1항에 의해 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가급보보험금으로 지급합니다.

[가급보보험금]

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

- ③ 회사가 제1항에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에서 정한 이율로 계산한 이자를 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

제9조(보험금 등의 지급한도)

제2절. 보장조항 제4조(보험금 등의 지급한도)를 따릅니다.

제10조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 특별약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 분담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.
- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다더라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제11조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 특별약관과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 특별약관의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 따른 보상할 금액을 결정합니다.

- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(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 위해 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 제4조(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

제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.

[손해배상청구에 대한 회사의 해결]

피해자는 피보험자를 대신하여 회사에 보험금 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 그 사고에 대하여 손해배상책임을 발생 여부, 손해배상금액 등이 부당하다고 여겨 따지거나 반대하고자 하는 의사를 밝히는 경우 회사는 피보험자를 대신하여 피해자에게 반대하는 등 대항할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제14조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

[보상책임을 지는 한도]

동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 자기급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않는 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 대부분의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제15조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도 내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제3관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제16조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

제17조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 보험목적에 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 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은 경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다. 단, 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 경우에 한합니다.

제17조2(양도)

보험목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면동意的한 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.

제18조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제4관. 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

- 1 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- 2 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- 3 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절한 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

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.

[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) 제9호(【부록】 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- 2 제1항에도 불구하고 청약을 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- 3 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 “서면 등”이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- 4 계약자가 청약을 철회할 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드 회사로 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 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

[약관의 중요한 내용]

「보험업법 시행령」 제42조의2(설명의무의 중요사항 등) 및 「보험업감독규정」 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

- 2 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 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.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- 3 계약자는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않은 경우
 2. 회사가 약관의 중요한 내용을 계약자에게 설명하지 않은 경우
 3. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호(【부록】 참조)에 규정한 전자서명

- 4 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 계약자 및 피보험자가 동일한 경우에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 회사는 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
- 5 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.

제22조(특별약관의 무효)

회사는 계약을 맺을 때에 이 특별약관에서 정한 보험사고가 이미 발생하였을 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

- 1 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험료 등 기타 계약의 내용

- ② 계약자는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약의 보험종목 변경을 회사에 요청할 수 있으며, 회사는 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 해약환급금]

보험료 등의 감액시 해약환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ④ 제1항에 따라 위험이 증가하거나 감소되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여 보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제24조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

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 배상할 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

[타인을 위한 계약]

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

제26조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.
- ④ 제3항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전·후의 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일 : 1993년 7월 2일, 계약일 : 2023년 1월 10일
 ⇒ 2023년 1월 10일 - 1993년 7월 2일 = 29년 6개월 8일 = 30세

제27조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자 본인의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 그때까지 적립한 이 특별약관의 계약자적립액과 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액과 미경과보험료 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구)의 서류 중 계약자적립액과 미경과보험료 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액과 미경과보험료를 청구하여야 합니다. 계약자적립액과 미경과보험료 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ③ 제1항의 “사망”은 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

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

[실종선고]

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정을 말합니다.

- 4 제1항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자의 고의에 의한 피보험자 본인의 사망의 경우에는 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 5 제1항 및 제4항에 따라 이 특별약관이 소멸되는 경우 제38조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[계약자적립액]

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다. 이 때, 중도인출이 있는 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.

제5관. 보험료의 납입

제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- 1 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드대출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- 2 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

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

- 3 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제16조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제5조(보상하지 않는 손해), 제18조(사기에 의한 계약), 제22조(특별약관의 무효) 및 제34조(특별약관의 해지)의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
- 4 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제29조(제2회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일]

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제30조(보험료의 자동대출납입)

- 1 계약자는 제31조(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 있습니다. 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게

알려드립니다.

- ② 제1항에 따른 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 더이상 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서 계약자는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제37조(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.

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함한다)에게 아래 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보험금을 지급합니다.
 1. 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자의 합계액이 차감된다는 내용을 포함합니다)

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호【부록】 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제31조(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 보험료와 이에 대한 연체이자(보험료에 대하여 평균공시이율 +1%로 계산된 금액)를 납입하여야 합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제16조(계약 전 알릴 의무), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립), 제28조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 및 제34조(특별약관의 해지)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약 시할 때 제16조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제34조(특별약관의 해지)가 적용됩니다.

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어

계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.

- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행과 담보권실행]

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

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

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

- 추심명령 : 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 같음하여 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 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

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

제6관. 계약의 해지 및 해약환급금 등

제34조(특별약관의 해지)

- ① 계약자는 이 특별약관이 소멸하기 전에는 언제든지 이 특별약관을 해지할 수 있습니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약자 또는 피보험자의 고의로 손해가 발생한 경우 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.
- ③ 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 제16조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 - 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제17조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ④ 제3항 제1호에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 이 특별약관을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급 사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 - 3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 - 4. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

- 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
- 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
- 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

- ⑤ 제1항 내지 제3항에 따라 특별약관을 해지하였을 때에는 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 이 특별약관의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑥ 제3항에 의한 특별약관의 해지가 손해가 생긴 후에 이루어진 경우에도 회사는 그 손해를 보상하지 않습니다. 그러나 손해가 제3항의 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 보상합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 이 특별약관을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제4항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제34조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)(【부록】 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에게 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 제37조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

[위법계약]

금융상품판매업자들이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음 중 어느 하나의 사항이 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 이에 대한 보험금은 지급합니다.

[이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급]

계약자, 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류를 위조 또는 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 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 계약자는 회사가 파산선고를 받는 경우 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해약환급금)

- 1 이 약관에 따른 해약환급금은 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- 2 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(【붙임1】 참조)에 따릅니다.
- 3 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.
- 4 제34조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액과 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제38조(보험계약대출)

- 1 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 경우 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 3 제2항에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
- 4 회사는 피보험자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관. 자동갱신에 관한 사항 등

제40조(특별약관의 자동갱신)

- 1 특별약관이 다음의 조건을 충족하고 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신전 계약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내 일 것
 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 특별약관의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 4. 갱신전 계약이 소멸되지 않을 것
- 2 제1항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제41조(특별약관의 보험기간)

- 1 이 특별약관의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
- 2 이 특별약관의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험약관의 보험기간 종료일로 합니다.
- 3 갱신후 계약의 보험기간은 갱신전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 계약의 보험기간이 이 특별약관의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 계약의 보험기간으로 합니다.

제42조(자동갱신의 적용)

- 1 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
- 2 회사는 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제40조(특별약관의 자동갱신)에서 정한 갱신제 한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료를 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제43조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해제)

- 1 계약자가 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신된 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특별약관은 해제됩니다.
- 2 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제44조(갱신후 계약의 보장개시)

제40조(특별약관의 자동갱신)에 따라 특별약관이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제8관. 분쟁조정 등

제45조(분쟁의 조정)

- 1 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
- 2 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)(【부록】 참조)에서 정하는 일정금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제46조(관할법원)

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

제47조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액과 미경과보험료 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[소멸시효의 완성]

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있을 때부터 시작됩니다. 보험금 지급사유가 2023년 1월 1일에 발생하였음에도 2026년 1월 1일까지(3년동안) 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제48조(약관의 해석)

- 1 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- 2 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- 3 회사는 보상하지 않는 손해 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조(신의성실) 제1항)(【부록】 참조)

제49조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- 1 회사는 일반금융소비자에게 청약할 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조(정의) 제2호)(【부록】 참조)에 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 회사가 제작한 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

[보험안내자료]

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제50조(회사의 손해배상책임)

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

제51조(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 또는 피보험자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제52조(준거법)

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

제53조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

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

제2절. 보장조항

가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- 이 특별약관에서 피보험자는 보험사고로 인하여 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하는 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)으로서 아래의 사람을 말합니다.
 - 보험증권에 기재된 피보험자(이하 "피보험자 본인"이라 합니다)
 - 피보험자 본인의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자(이하 "배우자"라 합니다)
 - 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거 중인 친족(「민법」 제777조(친족의 범위)(「부록」 참조))
 - 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀
- 제1항에서 피보험자 본인과 피보험자 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

- 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아래에 열거한 "사고"(이하 "사고"라 합니다)로 "대인배상책임" 또는 "대물배상책임"을 부담함으로써 입은 손해(이하 "배상책임손해"라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
 - 피보험자가 살고 있는 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(주거용 건물에 한하고, 부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 "주택"이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
 - 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고
- 이 특별약관에서 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 다음과 같습니다.
 - 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
 - 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제1절. 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제1절. 공통조항 제12조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상 보상한도액 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제1절. 공통조항 제13조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용
- 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 회사에 지체없이 통보하여야 합니다. 이 경우 회사는 통보된 주택의 사고에 대하여 보상합니다.
- 제3조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 소유하지 않게 되어 제3항의 경우가 발생하였으나 이를 통보하지 않은 경우, 피보험자가 보험증권상 기재된 주택에 거주하지 않거나 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아니면 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

- 회사는 아래의 사유로 인한 손해는 보상하지 않습니다.
 - 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 - 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
 - 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성, 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
6. 제5호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
7. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
8. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[핵연료물질] 사용된 연료를 포함합니다.

[핵연료물질에 의하여 오염된 물질] 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

- ② 회사는 피보험자가 아래에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
 3. 피보험자가 고용한 근로자가 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체장애로 인한 배상책임
 4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 이를 적용하지 않습니다.
 5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 6. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
 7. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
 8. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
 9. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수 작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
 10. 폭력행위로 인한 배상책임

제4조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보상한도액(1억원)을 한도로 보상하되, 자기부담금("대물배상책임"에 한하여 "누수사고"인 경우 50만원, "누수사고" 이외의 사고인 경우 20만원)을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 가., 나. 및 마.의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 다. 및 라.의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.
- ② 제1항 제1호의 "누수사고"라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수 설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수설비를 지칭합니다)를 비롯한 주택 건물, 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러(sprinkler) 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않으며, 하나의 사고를 원인으로 누수와 누수 이외의 결과로 인한 배상책임이 동시에 발생한 경우에 해당 사고는 누수사고로 봅니다.

【붙임1】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 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%)
해약환급금	이 특별약관이 부가되는 보험계약의 보통약관을 따름	

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

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

주3) 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

무배당 3N5 WELL100
실속간편건강보험
(간편고지형)
제도성 특별약관

1. 이륜자전거운전중상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- 1 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- 2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관의 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」 조항에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- 3 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- 4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자전거를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자전거를 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 이륜자전거를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- 2 이 특별약관에서 “이륜자전거”라 함은 「자동차관리법」(하위법령, 규칙 포함)에서 정한 이륜자전거로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 아래의 장치를 포함합니다. 다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.
 1. 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 “원동기장치자전거”
 2. 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치
- 3 제2항에서 “그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차”는 아래에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 축차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
- 4 제2항 및 제3항의 경우 「자동차관리법」(하위 법령, 규칙 포함) 및 「도로교통법」(하위 법령, 규칙 포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- 5 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자전거를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」 조항에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- 1 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 금융회사(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- 2 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 금융회사 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하

고자 하는 경우에, 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 금융회사의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관의 「보험계약의 성립」 조항을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 계약의 청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- 1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- 2 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- 1 계약자는 보통약관 및 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 1인을 보험금의 대리청구인(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록 또는 주민등록에 기재된 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- 2 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사 양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인인 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계 증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
 1. 제5조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류
 2. 제1조(특별약관의 적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 전자서명 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관의 「약관교부 및 설명의무 등」 조항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.(관련법령【부록】참조)

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 및 전자우편 등 전자적 방법으로 송부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수신을 원하지 않는 경우에는 청약한 날부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수신하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수신할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 송부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

5. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 「보험업감독규정」 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호 및 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하 "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

제7-55조(생명보험의 사업방법서)

생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다.

6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 계약자적립액 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다.

제7-57조(손해보험의 사업방법서)

① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)

- ① 법률연계보장이 다음 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약을 유지할 필요가 없어지는 경우
 4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ② 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약내용 변경 시점의 계약자적립액과 미경과보험료를 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 회사는 계약체결시 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 아래의 내용을 계약자에게 안내합니다.
 1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
 2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 계약자적립액 등의 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

6. 대인형사합의실손비(스쿨존사고, 어린이42일미만진단,운전자용) 추가보장 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

- ① 이 특별약관은 2009년 10월 1일 이후 아래의 사항을 보장하는 당사 보통약관 또는 특별약관(이하 "선가입보장"이라 합니다)에 가입되어 있고, 해당 선가입보장이 유효한 계약에 대하여 적용합니다.

선가입보장 보장내용

보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 중대법규위반 교통사고로 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 제외)에게 42일 이상 치료를 요한다는 진단을 입힌 경우 피해자 1인당 형사합의금으로 지급한 금액을 약관에 기재된 금액 한도로 지급하는 보장

- ② 제1항의 선가입보장 보장내용 중 "중대법규위반 교통사고"라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서(【별표33】 참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7(무면허운전), 8(술에 취한 상태에서의 운전)은 "중대법규위반 교통사고"로 보지 않습니다.
- ③ 선가입보장이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 선가입보장의 보험기간 중에 자동차 운전 중 발생한 급격하고도 우연한 스크론회차사고로 타인(13세 미만의 어린이를 말하며, 이하 "피해자"라 합니다)이 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우에는 사고 1회당 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀는 제외합니다) 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액(이하 "형사합의금"이라 합니다)을 대인형사합의실손비로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 대인형사합의실손비는 피해자 1인당 500만원을 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 "스크론회차사고"라 함은 「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 제11호에 해당하는 사고로, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)의 시행일(2020년 3월 25일)이후 발생한 사고에 한합니다.

【「교통사고처리특례법」 제3조(처벌의 특례) 제2항 제11호】

「도로교통법」 제12조 제3항에 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

【「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)】

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」 제12조 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의 하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세미만인 사람)를 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조 제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

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.

- ④ 제1항에도 불구하고 다음에 모두 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.
1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
 2. 회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우
- ⑤ 제1항의 "자동차"라 함은 다음의 교통수단을 말합니다.
1. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에 규정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차 및 특수자동차
 2. 「자동차손해배상 보장법 시행령」 제2조(건설기계의 범위)(【부록】 참조)에 규정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭 및 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말합니다)(이하 "9종 건설기계"라 합니다). 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.
- ⑥ 제1항의 "자동차 운전 중"이라 함은 도로여부, 주차장 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가

자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

피보험자와 피해자 사이에 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에 정한 한도 내에서 피보험자에게 지급합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자의 고의
2. 계약자의 고의
3. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
4. 피보험자가 자동차를 경비용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 음주·무면허상태에서 운전하던 중 발생한 사고
6. 피보험자가 「도로교통법」 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)(【부록】 참조)에 규정한 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말하며, 이하 동일합니다)을 한 상태에서 운전하던 중 발생한 사고
7. 피보험자가 자가용 운전자인 경우 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고
8. 「자동차관리법 시행규칙」 제2조(자동차의 종별 구분)(【부록】 참조)에서 정한 이륜자동차를 운전하던 중 발생한 사고

제5조(보험금의 청구)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 피보험자가 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
3. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
5. 법원 또는 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
8. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

② 제2조(보험금의 지급사유) 제4항에 따라 회사가 보험금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
3. 경찰서 또는 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 합니다)
4. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
5. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(회사 양식)
6. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
7. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
8. 기타 회사가 필요하다고 인정하는 서류

제6조(보험금의 분담)

① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항의 형사합의금에 대하여 보험금을 지급할 다수 계약(각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책

임액의 합계액이 형사합의금을 초과한 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 이 특별약관을 적용하는 보험계약의 약관을 따릅니다.

7. 대인형사합의실손보장 공탁금 선지급 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

이 특별약관은 아래에 열거한 당사의 보통약관 또는 특별약관(이하 “적용대상 특별약관”이라 합니다) 중 한 가지 이상에 가입하였으며, 적용대상 특별약관이 유효한 계약에 대하여 적용합니다.

적용대상 특별약관
대인형사합의실손비(운전자용)
대인형사합의실손비(운전자용)(갱신형)
대인형사합의실손비(사망확장, 운전자용)
대인형사합의실손비(사망확장, 운전자용)(갱신형)
사망대인형사합의실손비(운전자용)
중상해대인형사합의실손비(운전자용)
대인형사합의실손비(중대법규위반, 42일미만, 운전자용)
대인형사합의실손비(중대법규위반, 42일미만, 운전자용)(갱신형)
대인형사합의실손비Ⅲ(중대법규위반, 42일미만, 운전자용)

제2조(공탁금 지급에 관한 세부규정)

회사는 제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)에 따라 이 특별약관을 적용하는 장기보험 보통약관 또는 특별약관의 “보험금의 지급사유” 조항 중 공탁금 지급에 대하여 아래의 내용을 적용합니다.

- 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 피보험자가 피해자를 피공탁자로 하여 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출금 이후 공탁금액을 “제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)에 따라 이 특별약관을 적용하는 장기보험의 보통약관 또는 특별약관의 보험가입금액”(이하 “보험가입금액”이라 합니다)을 한도로 지급합니다.
- 제1호에도 불구하고 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출금 이전이라 하더라도 회사는 공탁금액의 50%를 보험가입금액의 50%를 한도로 피보험자에게 가지급하여 보상하여 드립니다. 단, 피해자의 공탁금 출금 이후 잔여 공탁금은 보험가입금액에서 가지급한 보험금을 차감한 금액을 한도로 추가로 보상합니다.
- 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제2호의 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.
- 피보험자가 제2호의 가지급 보험금 수령 후 지급일로부터 3년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 회사는 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 보아 제2호에서 지급한 가지급 보험금에 대한 반환을 청구할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 보장특약 자동갱신 특별약관

제1조(특별약관의 적용대상)

이 특별약관은 손해의 보상을 내용으로 하는 이 계약의 다른 특별약관 중 갱신형 특별약관(이하 “보장특약”이라 합니다)에 적용됩니다.

제2조(보장특약의 자동갱신)

1. 보장특약이 다음의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신계약일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 보장특약(이하 “갱신후 보장특약”이라 합니다)의 보험기간 종료일이 회사가 정한 기간 내일 것
 2. 갱신계약일에 피보험자의 나이가 이 계약의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
 4. 갱신전 보장특약이 소멸되지 않을 것
2. 제1항에 따라 갱신전 보장특약이 갱신후 보장특약으로 갱신되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

제3조(보장특약의 보험기간)

1. 보장특약의 보험기간은 계약체결시점에 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
2. 보장특약의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.
3. 갱신후 보장특약의 보험기간은 갱신전 보장특약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 보장특약의 보험기간이 보장특약의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 그 잔여기간을 갱신후 보장특약의 보험기간으로 합니다.

제4조(자동갱신 적용)

1. 회사는 갱신후 보장특약에 대하여 갱신전 보장특약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관 개정에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 및 보험료 등을 개정한 경우에는 갱신계약일 현재의 제도 및 보험료 등을 적용합니다.
2. 회사는 갱신전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지, 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 계약자가 납입하여야 하는 갱신후 보장특약의 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

제5조(갱신후 보장특약 제1회 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

1. 계약자가 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 보장특약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 보장특약의 제1회 보험료를 갱신계약일까지 납입하지 않은 경우 회사는 보통약관의 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」 조항에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.
2. 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제6조(갱신후 보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)에 따라 보장특약이 갱신되는 경우, 갱신후 보장특약의 보장은 갱신계약일부터 개시됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9. 가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관

제1조(특별약관의 목적)

이 특별약관은 보험계약 체결 이후 피보험자의 위험이 감소 되어 “무사고 기간”이 변경된 경우, 이 특별약관에서 정하는 바에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태에 부합하는 종으로 전환하여, 이후 보험기간에 대해 보험료를 변경하고 최초 계약체결시점과 동일한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제2조(계약전환 적용대상)

- ① 이 특별약관은 아래 조건을 모두 충족한 계약의 계약자가 아래 제4조(계약전환 안내 및 계약전환의 신청)에 따라 계약전환을 신청하고 회사가 정한 절차에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태에 부합하는 형으로 계약을 전환하는 경우에 적용합니다.
 - 1. 전환신청 시 전환전 계약의 보험료가 정상적으로 납입 된 유효한 계약
 - 2. 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약
 - 3. 전환전 계약이 1형(355간편고지형) 계약이 아닐 것
- ② 회사는 제1항의 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절 할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한 경우에는 기존계약이 유지됩니다.

제3조(“무사고” 및 “무사고 기간”의 정의)

- ① 이 특별약관에서 “무사고”라 함은 아래를 모두 충족하는 경우를 말합니다.
 - 1. 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약의 계약일) 이후에 질병이나 상해로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개포함)을 받지 않은 경우
 - 2. 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약의 계약일) 이후에 “중대질환”으로 진단확정 되지 않은 경우
- ② 제1항의 “중대질환”이라 함은 “계약 전 알릴 의무”를 위해 청약서에서 질문한 사항에 따릅니다.
- ③ 이 특별약관에서 “무사고 기간”이라 함은 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)부터 제1항에서 정한 “무사고” 상태가 계속하여 유지되는 기간을 말합니다. “무사고 기간”의 산정은 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 보험기간 시작일)부터 그날을 포함하여 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지를 기준으로 합니다.

제4조(계약전환 안내 및 계약전환의 신청)

- ① 회사는 계약자에게 “계약해당일” 이전까지 계약전환 요건, 계약전환 절차 및 계약전환 신청 의사 여부를 확인하는 내용 등을 문자메시지 등으로 안내합니다.
- ② 제1항의 “계약해당일”이란 최초 보험계약 시작일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 날을 말하며 최초 보험기간 시작일과 동일한 월 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 계약전환의 신청은 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 1년이 경과한 날부터 가능하며, 신청기한은 최초계약 체결 시 가입한 간편고지 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약 체결 시 가입한 간편고지 유형	계약전환 신청기한
1형(355간편고지형)	계약전환 불가
2형(345간편고지형)	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 4년이 경과한 날 이전까지
3형(335간편고지형)	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 5년이 경과한 날 이전까지
4형(325간편고지형)	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 6년이 경과한 날 이전까지
5형(315간편고지형)	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 7년이 경과한 날 이전까지
6형(305간편고지형)	최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약 계약일)로부터 8년이 경과한 날 이전까지

- ④ 제3항에서 정한 계약전환 신청기한 내에 회사가 계약자의 계약전환 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.

제5조(계약전환의 적용)

- ① 회사가 계약전환을 승낙하여 계약이 전환된 경우 “전환후 계약”은 제3조(“무사고” 및 “무사고 기간”의 정의)에서 정한 “무사고 기간”에 따라 아래 계약으로 적용됩니다.

【“무사고 기간”별 전환가능계약 예시】

전환전계약 (계약체결시)	전환가능계약				
	무사고기간 1년	무사고기간 2년	무사고기간 3년	무사고기간 4년	무사고기간 5년이상
1형 (355간편고지형)	전환가능계약 없음				
2형 (345간편고지형)	1형 (355간편고지형)				
3형 (335간편고지형)	2형 (345간편고지형)	1형 (355간편고지형)			
4형 (325간편고지형)	3형 (335간편고지형)	2형 (345간편고지형)	1형 (355간편고지형)		
5형 (315간편고지형)	4형 (325간편고지형)	3형 (335간편고지형)	2형 (345간편고지형)	1형 (355간편고지형)	
6형 (305간편고지형)	5형 (315간편고지형)	4형 (325간편고지형)	3형 (335간편고지형)	2형 (345간편고지형)	1형 (355간편고지형)

② 위 제1항에 따라 계약전환이 되는 경우 “전환후 계약”은 아래에서 정한 사항에 대해 “전환전 계약”과 동일한 내용으로 전환됩니다.

1. 보장내용
2. 갱신/비갱신 유형
3. 납입면제 운영에 관한 사항
4. 해약환급금지급 유형에 관한 사항 등
5. 간편고지유형을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

③ “전환전 계약”에서 보통약관 및 특별약관의 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 보통약관 및 특별약관은 계약전환이 불가능합니다.(세부 보장별 소멸사유가 있는 경우에는 소멸사유가 있는 해당 세부 보장은 계약전환이 불가능합니다.) 또한, “전환전 계약”에서 해당 보통약관 및 특별약관이 소멸하여 이미 효력이 없음에도 불구하고 계약전환이 이루어진 경우에는 해당 특별약관을 무효로 하며 효력이 없어진 이후 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료는 환급합니다.

④ “전환후 계약”의 적용일은 회사의 계약전환 신청 승낙 후 최초 도래하는 보험료 납입일로 합니다.

제6조(계약전환에 관한 세부규정)

- ① “전환후 계약”의 적용일 부터 납입하는 보험료가 변경되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 방법에 따라 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 정산금액(이하 “정산금액”이라 함)이 발생할 수 있으며 회사는 정산금액이 발생한 경우 환급합니다.
- ② 제1항에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일 부터 지급일 까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.
- ③ 회사는 제1항 내지 제2항에 따라 보험료 변경 및 정산금액 등을 환급하였으나 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 “무사고”의 판별 기준이 되는 사고를 알리지 않은 경우, 계약전환을 무효로 하며 “전환 전 계약”이 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ④ 제2항에 따라 계약전환이 무효가 된 경우에는 위 제1항에 따라 환급 받았던 정산금액과 이자(이하 “추징액”이라 함)가 추징되며, “전환 전 계약”의 유지를 위한 보험료 증액의 추가납입을 요구할 수 있으며 계약자는 이를 정상적으로 납입하여야 합니다.
- ⑤ 회사는 제4항의 보험료 증액의 추가납입 및 추징액이 연체되는 경우에는 계약의 보험금 지급사유 발생시 해당금액을 보험금에서 삭감한 후 지급합니다.
- ⑥ 최초계약의 “계약 전 알릴 의무”, “계약 후 알릴 의무”, “알릴 의무 위반의 효과” 및 “사기에 의한 계약” 조항은 전환 후 계약에서도 효력이 계속됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

무배당 3N5 WELL100
실속간편건강보험
(간편고지형)
별표 및 부록

【별표1】 장애분류표

1. 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재하여야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

II. 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각유”)를 말한다.
- 4) “한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{※1)}, 안전수지(Finger Counting)^{※2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) “안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애”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 정상 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- 7) “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가시 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 운동장애를 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 조직오물(凹液) 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)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보함자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ± 10 dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 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 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- “평형기능에 장애를 남긴 때”라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0
기능장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

- 가) 뇌영상검사(CT, MRI)
- 나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) “코의 후각기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 후각신경의 손상으로 인하여 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 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. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음식 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 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 장애를 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) 개구장애는 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 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
 - 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 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 장애를 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 장애는 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 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 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 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장애”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 경

우를 말한다.

- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 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
 - 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

“손바닥 크기”라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 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 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.

- 2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)를 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 기형증 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 운동장해”란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
 - 7) “뚜렷한 운동장해”란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추 : 제1, 2경추) 사이에 CT 검사상, 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 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - 9) “심한 기형”이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
 - 10) “뚜렷한 기형”이란 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 기형”이란 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 장애”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
 - 13) “추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 인하여 추간판 1마디를 수술하고 도 신경생리검사서서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
 - 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

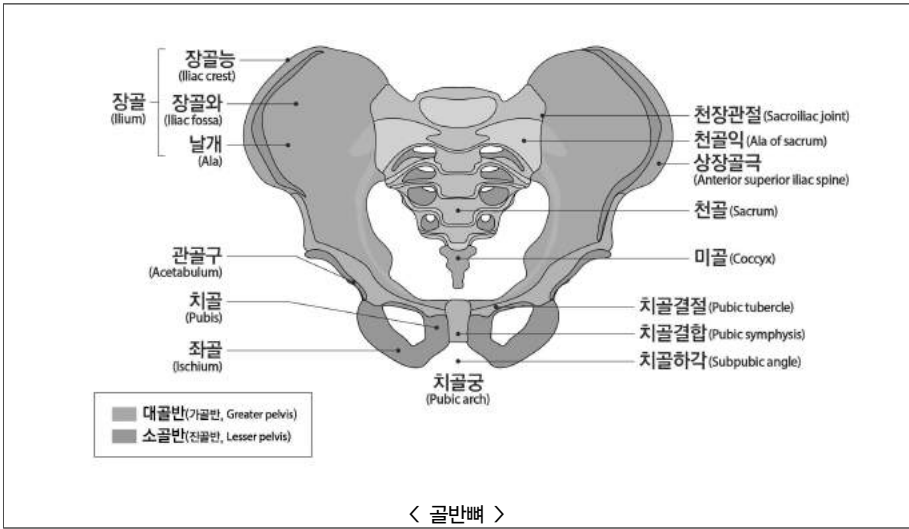
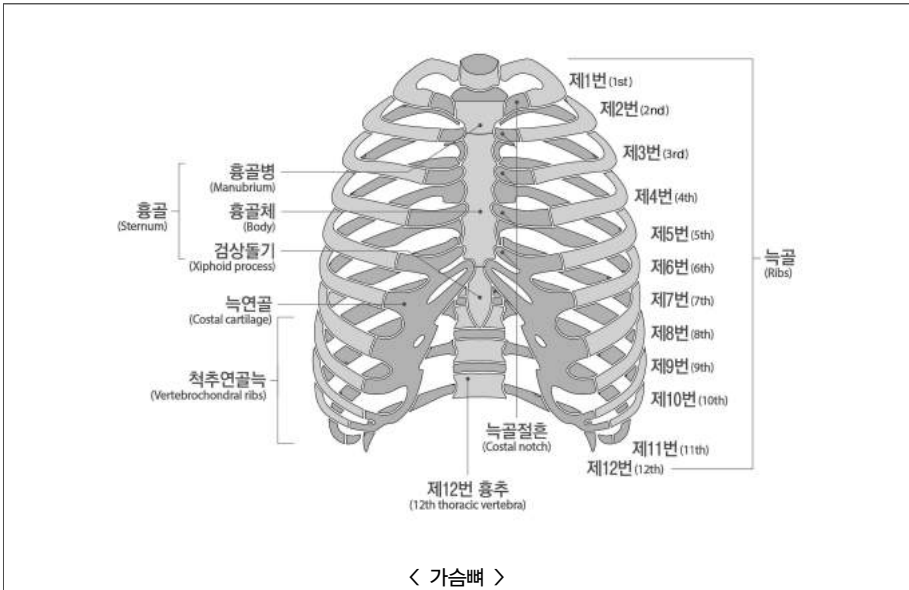
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) “골반뼈의 뚜렷한 기형”이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 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 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 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 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 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 장애를 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 장애를 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 장애를 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 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

주) 가관절이란, 총분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 “불유합” 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지

연유함은 제외한다.

- 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 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 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 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

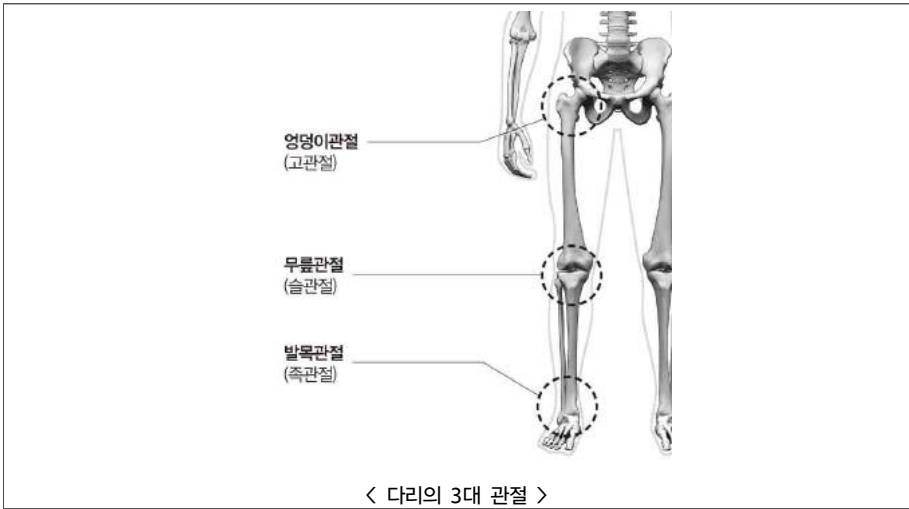
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 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 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능 장애의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 나) 관절기능장애가 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 장애를 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 장애를 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 장애를 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) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) “가관절³⁾이 남아 뚜렷한 장애를 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 장애를 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 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.



10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 불편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) “손가락에 뚜렷한 장애를 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 제

- 1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항(【부록】 참조)의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



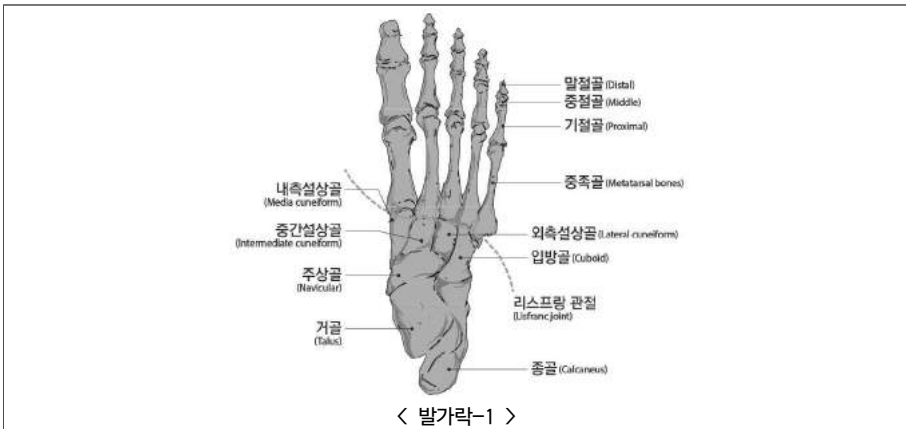
11. 발가락의 장애

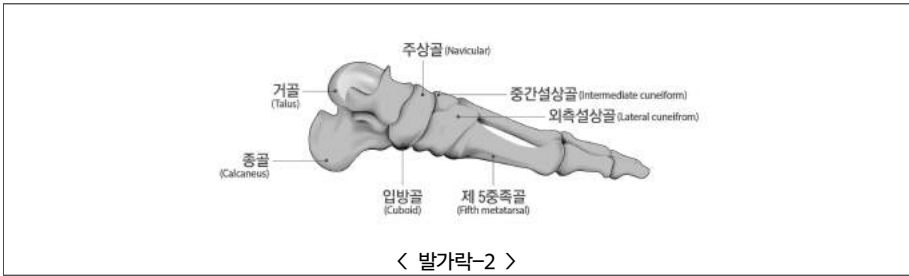
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였다기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 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) “리스프랑관절 이상을 잃었을 때”라 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 발가락뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조(운동기능장애의 측정) 제1항 및 제3항【부록】참조의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애판정기준

- 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 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 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 장애를 남긴 때"라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당

하는 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 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에 서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비요생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당 하는 때를 말한다.
- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요 도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질한 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐 기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하 된 때
- 6) 흉복부, 비요생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기 능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비요생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 “〈붙임〉 일상 생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한 다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 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 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가) “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “〈붙임〉 일상생활 기본동 작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나) 위 가)의 경우 “〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다) 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평 가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료

한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장애는 보험기간 중에 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) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그래서 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준”^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) “정신행동에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 의 치료를 받았으며, 보건복지부 고시 「장애정도판정기준」의 “능력장애측정기준” 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과 의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정어의 추정 혹은 인정, 한국 표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상한다.

파) 외상 후 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 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

가) “뇌전증(간질)”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을

반복하는 것을 말한다.

- 나) 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- 다) “심한 간질 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- 라) “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 마) “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- 바) “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- 사) “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도	자급률 (%)
이동 동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	40
	- 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태	30
	- 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태	20
	- 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태	10
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태	20
	- 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태	15
	- 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태	5
배변· 배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태	20
	- 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태	15
	- 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태	10
	- 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때	5
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
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태	10
	- 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태	5
	- 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태	3

【별표2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간		지급이자
보험금	지급기일의 다음날부터 30일 이내 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	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알린 경우	1년 이내 : 공시이율의 50%
		지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우	1년 초과기간 : 공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산		공시이율
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간		1년 이내 : 공시이율의 50%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산		1년 초과기간 : 공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산		보험계약대출이율

주1) 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.

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

주3) 가산이율 적용시 보통약관 제1절. 공통조항 제8조(보험금의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

주5) 상기 공시이율은 보장성보험 공시이율V로 적용합니다.

【별표3】 골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아의 파절 제외)	S02(S02.5 제외)
2. 머리의 으깬손상	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

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표4】 골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	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

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표5】 5대골절 분류표

약관에 규정하는 5대골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 머리의 으깬손상	S07
2. 목의 골절	S12
3. 흉추의 골절, 흉추의 다발골절	S22.0, S22.1
4. 요추 및 골반의 골절	S32
5. 대퇴골의 골절	S72

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표6】 화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	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

※ 부식 : 화학약품 등에 의한 피부 손상

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표7】 자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 「자동차손해배상 보장법 시행령」(이하 “자배법 시행령”이라 합니다) 제3조(책임보험금 등) 제1항 제2호와 관련되며, 부상등급의 세부적용기준은 자배법 시행령 [별표1] “상해의 구분과 책임보험금의 한도금액”에서 정한 사항 중 “2. 영역별 세부지침”을 준용합니다.

단, 자배법 시행령의 개정에 따라 부상등급의 세부적용기준이 변경된 경우에는 사고 발생시점의 법령에 따른 기준을 적용하며, 사고발생시점에 자배법 시행령이 변경 또는 폐지되어 아래의 부상등급에 대해 준용할 세부적용기준이 없는 경우, 회사는 변경 또는 폐지 직전의 기준을 적용하여 부상등급을 정합니다.

부상 등급	상해 내용
1급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척추 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해(주관절부 이단을 포함한다) 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상·좌창·괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1급에 해당한다고 인정되는 상해
2급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 심장 파열로 수술한 상해 5. 척추 손상으로 불안전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치통기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2급에 해당한다고 인정되는 상해
3급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다)

부상 등급	상해 내용
	<ol style="list-style-type: none"> 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해(장간막 파열을 포함한다) 8. 척추 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해(주관절부 이단을 포함한다) 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행한 상해(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다) 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절로 수술을 시행한 상해(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다) 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 대발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절로 수술을 시행한 상해(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다) 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절

부상 등급	상해 내용
	24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4급에 해당한다고 인정되는 상해
5급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속 되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5급에 해당한다고 인정되는 상해
6급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속 되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해

부상 등급	상해 내용
	<ol style="list-style-type: none"> 9. 외상성 상부관절와손 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해 11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3~5개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19지 이상 22지 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	<ol style="list-style-type: none"> 1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구로 수술을 시행한 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 13. 요수근관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해

부상 등급	상해 내용
	24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16치 이상 18치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7급에 해당한다고 인정되는 상해
8급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄성 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과관 골절, 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13치 이상 15치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8급에 해당한다고 인정되는 상해
9급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다) 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절 16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해

부상 등급	상해 내용
	18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11치 이상 12치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9급에 해당한다고 인정되는 상해
10급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와손 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9치 이상 10치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10급에 해당한다고 인정되는 상해
11급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 수족지골 골절 또는 수족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6치 이상 8치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11급에 해당한다고 인정되는 상해
12급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4치 이상 5치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12급에 해당한다고 인정되는 상해
13급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2치 이상 3치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13급에 해당한다고 인정되는 상해
14급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14급에 해당한다고 인정되는 상해

2. 영역별 세부지침

부상 등급	상해 내용
공통	가. 2급부터 11급까지의 상해 내용 중 2가지 이상의 상해가 중복된 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 상해부터 하위 3등급(예 : 상해내용이 2급에 해당하는 경우에는 5급 까지) 사이의 상해가 중복된 경우에만 가장 높은 상해 내용의 등급보다 한 등급 높은 금액으로 배상(이하 "병급"이라 한다)한다. 나. 일반 외상과 치과보철을 필요로 하는 상해가 중복된 경우에는 각각의 상해 등급별 금액을 배상하되, 그 합산액이 1급의 금액을 초과하지 않는 범위에서 배상한다.

부상 등급	상해 내용		
	다.	1개의 상해에서 2개 이상의 상항 또는 하항 조정의 요인이 있을 때 등급 상항 또는 하항 조정은 1회만 큰 쪽의 조정을 적용한다. 다만, 상항 조정 요인과 하항 조정 요인이 여러 개가 함께 있을 때에는 큰 쪽의 상항 또는 큰 쪽의 하항 조정 요인을 각각 선택하여 함께 반영한다.	
	라.	재해 발생 시 만 13세 미만인 사람은 소아로 인정한다.	
	마.	연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술, 유경 피판술, 원거리 피판술, 국소 피판술이나 피부 이식술을 시행할 경우 안면부는 1등급 상위등급을 적용하고, 수부, 족부에 국한된 손상에 대해서는 한 등급 아래의 등급을 적용한다.	
	가.	“뇌손상”이란 국소성 뇌손상인 외상성 두개강안의 출혈(경막상·하 출혈, 뇌실 내 및 뇌실질 내 출혈, 거미막하 출혈 등을 말한다) 또는 경막하 수혈액농종, 거미막 농종, 두개골 골절(두개 기저부 골절을 포함한다) 등과 미만성 축삭손상을 포함한 뇌좌상을 말한다.	
두부	나.	4급 이하(4급에서 14급까지를 말한다)에서 의식 외에 뇌진경 손상이나 국소성 신경학적 이상 조건이 있는 경우 한 등급을 상항 조정할 수 있다.	
	다.	신경학적 증상은 글라스고우 혼수척도(Glasgow coma scale)로 구분하며, 고도는 8점 이하, 중등도는 9점 이상 12점 이하, 경도는 13점 이상 15점 이하를 말한다.	
	라.	글라스고우 혼수척도는 진정치료 전에 평가하는 것을 원칙으로 한다.	
	마.	글라스고우 혼수척도 평가 시 의식이 있는 상태에서 기관지 삽관이 필요한 경우는 제외한다.	
	바.	의무기록 상 의식상태가 혼수(coma)와 반혼수(semicoma)는 고도, 혼미(stupor)는 중등도, 기면(drowsy)은 경도로 본다.	
	사.	두피 좌상, 열창은 14급으로 본다.	
	아.	만성 경막하 혈종으로 수술을 시행한 경우에는 6급 2호를 적용한다.	
흉·복부	자.	외상 후 급성 스트레스 장애는 다른 진단이 전혀 없이 단독 상병으로 외상 후 1개월 이내 발병된 경우에 적용한다.	
		심장타박(6급)의 경우, ①심전도에서 Tachyarrhythmia 또는 ST변화 또는 부정맥, ②심초음파에서 심낭액증가조건이 있거나 심장벽운동저하, ③심장효소치증가(CPK-MB, and Troponin T)의 세가지 요구 충족 시 인정한다.	
척추	가.	완전 마비는 근력등급 3 이하인 경우이며, 불안전 마비는 근력등급 4인 경우로 정한다.	
	나.	척추관 협착증이나 추간판 탈출증이 외상으로 증상이 발생한 경우나 악화된 경우는 9급으로 본다.	
	다.	척추 손상으로 인하여 신경근증이나 감각이상을 호소하는 경우는 9급으로 본다.	
	라.	마미증후군은 척수손상으로 본다.	
상·하지	이동	가.	2급부터 11급까지의 내용 중 사지 골절에서 별도로 상해 등급이 규정되지 않은 경우, 보존적 치료를 시행한 골절은 해당 등급에서 2급 낮은 등급을 적용하며, 도수 정복 및 경피적 핀고정술을 시행한 경우에는 해당 등급에서 1급 낮은 등급을 적용한다.
		나.	2급부터 11급까지의 상해 내용 중 개방성 골절 또는 탈구에서 거스틸로 2형 이상(개방창의 길이가 1cm 이상인 경우를 말한다)의 개방성 골절 또는 탈구에서만 1등급 상위 등급을 적용한다.
		다.	2급부터 11급까지의 상해 내용 중 “수술적 치료를 시행하지 않은”이라고 명기되지 않은 각 등급 손상 내용은 수술적 치료를 시행한 경우를 말하며, 보존적 치료를 시행한 경우가 따로 명시되지 않은 경우는 두 등급 하항 조정을 원칙으로 한다.
		라.	양측 또는 단측을 별도로 규정한 경우에는 병합하지 않으나, 별도 규정이 없는 양측 손상인 경우에는 병합한다.
		마.	골절에 주요 말초신경의 손상 동반 시 해당 골절보다 1등급 상위 등급을 적용한다.
		바.	재접합술을 시행한 절단소실의 경우 해당부위의 절단보다 2급 높은 등급을 적용한다.

부상 등급	상해 내용
	사. 아절단은 완전 절단에 준한다.
	아. 관절 이단의 경우는 상위부 절단으로 본다.
	자. 골절 치료로 인공관절 치환술 시행할 경우 해당부위의 골절과 동일한 등급으로 본다.
	차. 사지 근 또는 건의 부분 파열로 보존적으로 치료한 경우 근 또는 건의 단순 염좌(12급)로 본다.
	카. 사지 관절의 인공관절 치환 후 재치환 시 해당 부위 골절보다 1등급 높은 등급을 적용한다.
	타. 보존적으로 치료한 사지 주요관절 골절 및 탈구는 해당관절의 골절 및 탈구보다 3등급 낮은 등급을 적용한다.
	파. 수술을 시행한 사지 주요 관절 탈구는 해당 관절의 보존적으로 치료한 탈구보다 2등급 높은 등급을 적용한다.
	하. 동일 관절 혹은 동일 골의 손상은 병합하지 않으며 상위 등급을 적용한다.
	거. 분쇄 골절을 형성하는 골절선은 선상 골절이 아닌 골절선으로 판단한다.
	너. 수족지 절단 시 절단부위에 따른 차이는 두지 않는다.
	더. “근, 건, 인대 파열”이란 완전 파열을 말하며, 부분 파열은 수술을 시행한 경우에 완전 파열로 본다.
	러. 사지골 골절 중 상해등급에서 별도로 명시하지 않은 사지골 골절(견열골절을 포함한 다)은 제불완전골절로 본다. 다만, 관혈적 정복술을 시행한 경우는 해당 부위 골절 항에 적용한다.
	머. 사지골 골절 시 시행한 외고정술도 수술을 한 것으로 본다.
	버. 소아의 경우, 성인의 동일 부위 골절보다 1급 낮게 적용한다. 다만, 성장판 손상이 동반된 경우와 연부조직 손상은 성인과 동일한 등급을 적용한다.
	서. 주요 동맥 또는 정맥 파열로 봉합술을 시행한 상해의 경우, 주요 동맥 또는 정맥이란 수술을 통한 혈행의 확보가 의학적으로 필요한 경우를 말하며, “다발성 혈관 손상”이란 2개 부위 이상의 주요 동맥 또는 정맥의 손상을 말한다.
상지	가. 상부관절순 파열은 외상성 파열만 인정한다.
	나. 회전근개 파열 개수에 따른 차등을 두지 않는다.
	다. 6급의 견관절 탈구에서 재발성 탈구를 초래할 수 있는 해부학적 병변이 병발된 경우는 수술 여부에 상관없이 6급을 적용한다.
라. 견봉 쇄골간 관절 탈구, 관절낭 또는 견봉 쇄골간 인대 파열은 견봉 쇄골간대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열에 포함되고, 견봉 쇄골간대 및 오구 쇄골인대의 완전 파열로 수술한 경우 7급을 적용하며, 부분 파열로 보존적 치료를 시행한 경우 9급을 적용하고, 단순 염좌의 경우 12급을 적용한다.	
하지	가. 양측 치골지 골절, 치골 상하지 골절 등에서는 병급하지 않는다.
	나. 천골 골절, 미골 골절은 골반골 골절로 본다.
	다. 슬관절 십자인대 파열은 전후방 십자인대의 동시 파열이 별도로 규정되어 있으므로 병급하지 않으나 내외측 측부인대 동시 파열, 십자인대와 측부인대 파열, 반월상 연골판 파열 등은 병급한다.
	라. 후경골건 및 전경골건 파열은 족관절 측부인대 파열로 수술을 시행한 경우의 등급으로 본다.
	마. 대퇴골 또는 경비골의 견열성 골절의 경우, 동일 관절의 인대 손상에 대하여 수술적 치료를 시행한 경우는 인대 손상 등급으로 본다.
	바. 경골 후과의 단독 골절 시 족관절 내과 또는 외과의 골절로 본다.
	사. 고관절이란 대퇴골두와 골반골의 비구를 포함하며, “골절 탈구”란 골절과 동시에 관절의 탈구가 발생한 상태를 말한다.
아. 불안정성 골반 골절은 골반환을 이루는 골간의 골절 탈구를 포함한다.	
자. “하지의 3대 관절”이란 고관절, 슬관절, 족관절을 말한다.	

부상 등급	상해 내용
	<p>차. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열은 완전파열(또는 이에 준하는 파열)로 인대 복원수술을 시행한 파열에 적용한다.</p> <p>카. 골반환이 안정적인 골반골의 수술을 시행한 골절은 치골 골절로 수술한 경우 등을 포함한다.</p>

【별표8】 특정5대질병 분류표

약관에 규정하는 특정5대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병		분류번호
1. 관절염	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01 †) 제외)	M00~M03 (M01.1* 제외)
	·염증성 다발관절병증 (당뇨병성 관절병증 제외) - 류마티스폐질환(M05.1 †)	M05~M14 (M14.2*제외) J99.0*
	·관절증 ·기타 관절장애	M15~M19 M20~M25
2. 백내장	·노년백내장 ·기타 백내장 ·수정체의 기타 장애	H25 H26 H27
3. 생식기질환	·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 ·음낭수종 및 정액류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·과잉포피, 포경 및 감돈포경 ·음경의 기타 장애 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애 - 편도충성 전립선염(N51.0*) - 불거리고환염(N51.1*)	N40 N41 N42 N43 N44 N45 N47 N48 N49 N50 N51* A59.08 † B26.0 †
	·여성골반내기관의 염증성 질환 (자궁경부의 결핵감염(A18.17 †) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17 †) 제외)	N70~N77 (N74.0*제외) (N74.1*제외)
	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 ·여성생식관의 폴립 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질외의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 ·폐경 및 기타 폐경전후 장애 ·달리 분류되지 않은 비요생식계통의 처치후 장애	N80 N81 N82 N83 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95 N99

대상질병		분류번호
4. 피부질환	·내향성 손발톱 ·피부 및 피하조직의 모낭낭 ·티눈 및 굳은살	L60.0 L72 L84
5. 대장용종	·결장의 폴립 ·결장,직장,항문 및 항문관의 양성 신생물 (항문 및 항문관의 양성 신생물 제외)	K63.5 D12 (D12.9제외)

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주4) 아래에 해당하는 질병분류코드를 동시에 진단받은 경우에는 “특정5대질병”으로 보지 않습니다.

- ① “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애키(N51.0)”
- ② “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”
- ③ “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”

【별표9】 124대질병 분류표

약관에 규정하는 124대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

1) 특정10대질병 분류표

대상질병		분류번호
1. 심장질환	·급성 류마티스열 ·만성 류마티스심장질환 ·허혈심장질환 ·폐성 심장병 및 폐순환의 질환 ·기타 형태의 심장병	100~102 105~109 120~125 126~128 130~152
	<ul style="list-style-type: none"> - 수막알균성 심장막염(132.0*) - 수막알균성 심내막염(139.8*) - 수막알균성 심근염(141.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(152.0*) - 칸디다심내막염(139.8*) 	A39.5 † B37.6 †
2. 고혈압질환	·본태성(원발성) 고혈압 ·고혈압성 심장병 ·고혈압성 신장병 ·고혈압성 심장 및 신장병 ·이차성 고혈압 ·고혈압성 뇌병증	110 111 112 113 115 I67.4
	3. 뇌혈관질환	·뇌혈관질환	I60~I69
4. 신부전	·신부전	N17~N19
5. 패혈증	·연쇄알균패혈증 ·기타 패혈증	A40 A41
	6. 크로이츠펠트-야콥병	·크로이츠펠트-야콥병	A81.0
7. 파킨슨병	·파킨슨병 ·이차성 파킨슨증	G20 G21
	8. 뇌전증	·뇌전증 ·뇌전증지속상태	G40 G41
9. 대동맥류		·대동맥동맥류 및 박리	I71
10. 중추신경계통의 탈수초질환	·다발경화증	G35
	·기타 급성 파종성 탈수초	G36
	·중추신경계통의 기타 탈수초질환	G37

2) 특정13대질병A 분류표

대상질병		분류번호
1. 결핵	·결핵 ·결핵의 후유증	A15~A19 B90
	<ul style="list-style-type: none"> - 결핵관절염(A18.01 †) - 척추의 결핵(A18.00 †) - 뼈의 결핵(A18.02 †) - 결핵성 방광염(A18.11 †) - 자궁경부의 결핵감염(A18.17 †) - 여성 결핵성 골반염증질환(A18.17 †) 	M01.1* M49.0* M90.0* N33.0* N74.0* N74.1*

대상질환		분류번호
	<ul style="list-style-type: none"> - 결핵성 복막염(A18.30 †) - 장, 복막 및 장간막립프절의 결핵성 장애(A18.3- †) 	K67.3* K93.0*
2. 당뇨병질환	<ul style="list-style-type: none"> ·1형 당뇨병 ·2형 당뇨병 ·영양실조-관련 당뇨병 ·기타 명시된 당뇨병 ·상세불명의 당뇨병 	E10 E11 E12 E13 E14
	<ul style="list-style-type: none"> - 당뇨병성 단일신경병증 - 당뇨병성 다발신경병증 - 당뇨병성 백내장 - 당뇨병성 망막병증 - 당뇨병성 관절병증 - 당뇨병에서의 사구체장애 	G59.0* G63.2* H28.0* H36.0* M14.2* N08.3*
3. 수막염	·달리 분류되지 않은 세균성 수막염	G00
	·달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	G01*
	<ul style="list-style-type: none"> - 리스테리아 수막염 및 수막뇌염 - 수막알균수막염(G01*) 	A32.1 † A39.0 †
	·달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	G02*
<ul style="list-style-type: none"> - 엔테로바이러스수막염(G02.0*) - 아데노바이러스수막염(G02.0*) - 헤르페스바이러스수막염(G02.0*) - 수막염이 합병된 홍역(G02.0*) - 볼거리수막염(G02.0*) - 신경학적 합병증을 동반한 풍진 - 수두수막염(G02.0*) - 대상포진수막염(G02.0*) - 칸디다수막염(G02.1*) - 콕시디오이데스진균수막염(G02.1*) 	A87.0 † A87.1 † B00.3 † B05.1 † B26.1 † B06.0 † B01.0 † B02.1 † B37.5 † B38.4 †	
·기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03	
4. 뇌 및 척수의 염증성질환	·뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	·달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G05*
	<ul style="list-style-type: none"> - 아메바성 뇌농양(G07*) - 엔테로바이러스뇌염(G05.1*) - 아데노바이러스뇌염(G05.1*) - 헤르페스바이러스뇌염(G05.1*) - 수두뇌염(G05.1*) - 대상포진뇌염(G05.1*) - 뇌염이 합병된 홍역(G05.1*) - 볼거리뇌염(G05.1*) 	A06.6 † A85.0 † A85.1 † B00.4 † B01.1 † B02.0 † B05.0 † B26.2 †
	·두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06
	·달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G07*
	·두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
·중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	G09	
5. 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*

대상질병		분류번호
	<ul style="list-style-type: none"> - 수두페렴(J17.1*) - 페렴이 합병된 홍역(J17.1*) - 거대세포바이러스페렴(J17.1*) - 폐톡소포자충증(J17.3*) 	B01.2 † B05.2 † B25.0 † B58.3 †
	<ul style="list-style-type: none"> ·상세불명 병원체의 페렴 ·재향군인병 	J18 A48.1
6. 만성하부 호흡기 질환	<ul style="list-style-type: none"> ·급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염 ·단순성 및 점액화농성 만성 기관지염 ·상세불명의 만성 기관지염 ·천식 ·천식지속상태 	J40 J41 J42 J45 J46
7. 간질환	·바이러스간염	B15~B19
	<ul style="list-style-type: none"> ·간의 질환 <ul style="list-style-type: none"> - 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 톡소포자충간염(K77.0*) 	K70~K77 B25.1 † B58.1 †
8. 위·십이지장궤양	<ul style="list-style-type: none"> ·위궤양 ·십이지장궤양 ·상세불명 부위의 소화성 궤양 	K25 K26 K27
9. 위공장궤양	·위공장궤양	K28
10. 급성궤장염	·급성 궤장염	K85
11. 궤장질환	·궤장의 기타 질환	K86
	<ul style="list-style-type: none"> ·달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 궤장의 장애 <ul style="list-style-type: none"> - 거대세포바이러스궤장염(K87.1*) - 볼거리궤장염(K87.1*) 	K87* B25.2 † B26.3 †
12. 비장질환	·비장의 질환	D73
13. 중증근무력증	·중증근무력증 및 기타 근신경장애	G70

3) 특정13대질병B 분류표

대상질병		분류번호
1. 폐질환	·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
2. 간·담관·궤장의 양성 신생물	·간의 양성 신생물	D13.4
	·간외담관의 양성 신생물	D13.5
	·궤장의 양성 신생물	D13.6
	·내분비궤장의 양성 신생물	D13.7
3. 수막의 양성 신생물	·수막의 양성 신생물	D32
4. 뇌 및 중추 신경계통의 양성 신생물	·뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
5. 부갑상선	·부갑상선기능저하증	E20

대상질병		분류번호
기능질환	·부갑상선기능항진증 및 부갑상선의 기타 장애	E21
6. 뇌하수체 기능질환	·뇌하수체의 기능항진 ·뇌하수체의 기능저하 및 기타 장애	E22 E23
7. 뇌성마비	·뇌성마비	G80
8. 자율신경 계통의 장애	·자율신경계통의 장애	G90
9. 수두증	·수두증	G91
10. 버거씨병	·폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
11. 기관지·폐의 특정질환	·폐기종 ·기타 만성 폐쇄성 폐질환 ·기관지확장증	J43 J44 J47
12. 폐부종	·폐부종	J81
13. 특정호흡기 질환	·달리 분류되지 않은 폐호산구증가 ·기타 간질성 폐질환	J82 J84

4) 30대경증질병 분류표

대상질병		분류번호
1. 특정 소화기 양성 신생물	·식도의 양성 신생물 ·위의 양성 신생물 ·십이지장의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명 부분 소장의 양성 신생물 ·부위불명의 소화계통의 양성 신생물	D13.0 D13.1 D13.2 D13.3 D13.9
2. 기타 흉곽내기관의 양성 신생물	·기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 양성 신생물	D15
3. 골 및 관절연골의 양성 신생물	·골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
4. 조직의 양성 신생물	·종피조직의 양성 신생물 ·후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 ·결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
5. 눈 및 부속기의 양성 신생물	·눈 및 부속기의 양성 신생물	D31
6. 갑상선의 양성신생물	·갑상선의 양성 신생물	D34
7. 기타 내분비선의 양성 신생물	·기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D35
8. 안면신경장애	·삼차신경의 장애 ·안면신경장애 ·기타 뇌신경의 장애	G50 G51 G52
9. 단일신경병증	·팔의 단일신경병증 (손목터널증후군 제외) ·다리의 단일신경병증 ·기타 단일신경병증 ·달리 분류된 질환에서의 기타 단일신경병증	G56 (G56.0제외) G57 G58 G59.8*
10. 마비	·편마비 ·하반신마비 및 사지마비	G81 G82

대상질환		분류번호
	·기타 마비증후군	G83
11. 동맥 및 세동맥의 질환	·동맥색전증 및 혈전증 ·동맥 및 세동맥의 기타 장애	I74 I77
12. 특정부위의 탈장	·대퇴탈장 ·배꼽탈장 ·복벽탈장 ·횡격막탈장 ·기타 복부탈장 ·상세불명의 복부탈장	K41 K42 K43 K44 K45 K46
13. 비감염성장염 및 결장염	·크론병[국소성 장염] ·궤양성 대장염 ·기타 비감염성 위장염 및 결장염	K50 K51 K52
14. 특정장질환	·장의 혈관장애 ·탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 ·장의 개실병	K55 K56 K57
15. 복막의 질환	·복막염 ·복막의 기타 장애 ·달리 분류된 감염성 질환에서의 복막의 장애 (결핵성 복막염(A18.30 †) 제외)	K65 K66 K67* (K67.3*제외)
16. 통풍	·통풍	M10
17. 골수염	·골수염	M86
18. 골괴사증	·골괴사	M87
19. 뼈의 파절병	·뼈의 파절병[변형성 골염]	M88
20. 기타 비대성 골관절병증	·기타 비대성 골관절병증	M89.4
21. 사구체질환	·사구체질환 (당뇨병에서의 사구체장애 제외)	N00~N08 (N08.3*제외)
22. 신세뇨관-간질질환	·신세뇨관-간질질환	N10~N16
23. 신장 및 요관의 기타 장애	·신장 및 요관의 기타 장애	N25~N29
24. 방광의 기타 질환	·방광염 ·달리 분류되지 않은 방광의 신경근육기능장애 ·방광의 기타 장애	N30 N31 N32
25. 하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양	·기관지의 양성 신생물 ·기관지 및 폐의 양성 신생물 ·상세불명의 호흡계통의 양성 신생물	D14.2 D14.3 D14.4
26. 여성생식기의 양성 신생물	·자궁의 평활근종 ·자궁의 기타 양성 신생물 ·난소의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물	D25 D26 D27 D28
27. 남성생식기의 양성 신생물	·남성생식기관의 양성 신생물	D29
28. 비뇨기관의 양성 신생물	·비뇨기관의 양성 신생물	D30
29. 동맥경화증	·죽상경화증	I70
30. 갑상선 질환	·갑상선의 장애 - 갑상선이상성 안구돌출(E05.0 †)	E00~E07 H06.2*

대상질병		분류번호
·처치후 갑상선기능저하증		E89.0

5) 50대경증질환 분류표

대상질병		분류번호
1. 유방의 양성 신생물	·유방의 양성 신생물	D24
2. 상부호흡계통의 양성종양	·중이, 비강 및 부비동의 양성 신생물	D14.0
3. 공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애	·공막, 각막, 홍채 및 섬모체의 장애 - 아데노바이러스에 의한 각막결막염(H19.2*)	H15~H22 B30.0†
4. 시신경 및 시각경로의 장애	·시신경염 ·시[제2]신경 및 시각경로의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 시[제2]신경 및 시각경로의 장애	H46 H47 H48*
5. 맥락막 및 망막의 장애	·맥락막 및 망막의 장애 (황반 및 후극부의 변성 제외) (당뇨병성 망막병증 제외)	H30~H36 (H35.3제외) (H36.0*제외)
6. 유리체의 장애	·유리체의 장애	H43
7. 외이의 질환	·외이염 ·외이의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 외이의 장애	H60 H61 H62*
8. 중이염	·비화농성 중이염 ·화농성 및 상세불명의 중이염 ·달리 분류된 질환에서의 중이염	H65 H66 H67*
9. 중이 및 유도의 질환	·귀인두관염 및 귀인두관 폐색 ·귀인두관의 기타 장애 ·유도염 및 관련 병태 ·중이의 진주종 ·고막의 천공 ·고막의 기타 장애 ·중이 및 유도의 기타 장애 ·달리 분류된 질환에서의 중이 및 유도의 기타 장애	H68 H69 H70 H71 H72 H73 H74 H75*
10. 귀경화증	·귀경화증	H80
11. 내이의 질환 (귀경화증 제외)	·전정기능의 장애 ·달리 분류된 질환에서의 현기증후군 ·내이의 기타 질환	H81 H82* H83
12. 귀의 기타 장애	·귀의 기타 장애	H90~H95
13. 림프절염	·비특이성 림프절염 ·림프관 및 림프절의 기타 비감염성 장애	I88 I89
14. 급성 상기도감염	·급성 상기도감염	J00~J06
15. 후각특정질환	·혈관운동성 및 알레르기성 비염 ·만성 비염, 비인두염 및 인두염 ·코폴립 ·코 및 비동의 기타 장애	J30 J31 J33 J34
16. 축농증	·만성 부비동염	J32
17. 편도염	·편도 및 아데노이드의 만성 질환	J35
18. 인후부위의 특정질환	·편도주위농양 ·만성 후두염 및 후두기관염	J36 J37

대상질병		분류번호
	·상기도의 기타 질환	J39
19. 성대결절	·달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환 ·후두의 양성 신생물	J38 D14.1
20. 식도 질환	·식도염 ·위-식도역류병 ·식도의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 식도의 장애	K20 K21 K22 K23*
21. 위·십이지장 질환	·위염 및 십이지장염 ·기능성 소화불량	K29 K30
22. 사타구니 탈장	·사타구니탈장	K40
23. 기타 소화기 질환	·위 및 십이지장의 기타 질환 ·장의 기타 질환 ·장출수장애 ·소화계통의 기타 질환 ·달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관장애 (장, 복막 및 장간막림프절의 결핵성 장애(A18.3-†)제외)	K31 K63 K90 K92 K93* (K93.0*제외)
24. 담석증	·담석증	K80
25. 담낭 및 담도의 질환	·담낭염 ·담낭의 기타 질환 ·담도의 기타 질환	K81 K82 K83
26. 관절염 및 다발관절병증	·감염성 관절병증 (결핵관절염(A18.01 †) 제외) ·염증성 다발관절병증 (통풍 제외) (당뇨병성 관절병증 제외) - 류마티스페질환(M05.1 †)	M00~M03 (M01.1*제외) M05~M14 (M10제외) (M14.2*제외) J99.0*
27. 관절증	·관절증	M15~M19
28. 사지후천변형	·손가락 및 발가락의 후천변형 ·사지의 기타 후천변형	M20 M21
29. 관절장애	·무릎뼈의 장애 ·무릎의 내부장애 ·기타 특정 관절장애 ·달리 분류되지 않은 기타 관절장애	M22 M23 M24 M25
30. 척추변형 (변형성 등병증)	·척추후만증 및 척추전만증 ·척추측만증 ·척추골연골증 ·기타 변형성 등병증	M40 M41 M42 M43
31. 척추병증	·강직척추염 ·기타 염증성 척추병증 ·척추증 ·기타 척추병증 - 척추증에서의 신경근 및 신경총 압박(M47.-†) - 기타 등병증에서의 신경근 및 신경총 압박 (M45~M46 †, M48.- †, M53~M54 †)	M45 M46 M47 M48 G55.2* G55.3*
32. 추간판장애	·경추간판장애 ·기타 추간판장애	M50 M51
33. 특정 누적외상성 질환	·결합조직의 기타 전신침범 ·사용, 과용 및 압박에 관련된 연조직장애	M35 M70

대상질병		분류번호
	<ul style="list-style-type: none"> ·기타 윤행낭병증 ·섬유모세포종양 (발바닥근막성 섬유종증 제외) ·달리 분류된 질환에서의 연조직장애 ·발을 제외한 다리의 골부착부병증 ·기타 골부착부병증 ·달리 분류되지 않은 기타 연조직장애 	M71 M72 (M72.2제외) M73* M76 M77 M79
34. 어깨병변	<ul style="list-style-type: none"> ·어깨병변 (어깨의 유착성 관절낭염 제외) 	M75 (M75.0제외)
35. 근육장애	<ul style="list-style-type: none"> ·근육 장애 	M60~M63
36. 윤행막 및 힘줄장애	<ul style="list-style-type: none"> ·윤행막 및 힘줄장애 	M65~M68
37. 기타 등병증	<ul style="list-style-type: none"> ·달리 분류되지 않은 기타 등병증 ·등통증 	M53 M54
38. 골다공증	<ul style="list-style-type: none"> ·병적 골절을 동반한 골다공증 ·병적 골절이 없는 골다공증 ·달리 분류된 질환에서의 골다공증 ·골연속성의 장애 	M80 M81 M82* M84
39. 연골병증	<ul style="list-style-type: none"> ·고관절 및 골반의 연소성 골연골증 ·기타 연소성 골연골증 ·기타 골연골병증 ·연골의 기타 장애 	M91 M92 M93 M94
40. 신장 및 요관의 결석	<ul style="list-style-type: none"> ·신장 및 요관의 결석 	N20
41. 방광의 결석	<ul style="list-style-type: none"> ·방광의 결석 	N21.0
42. 요도결석증	<ul style="list-style-type: none"> ·요도결석 ·기타 하부요로결석 ·상세불명의 하부요로결석 	N21.1 N21.8 N21.9
43. 비뇨기의 기타질환	<ul style="list-style-type: none"> ·상세불명의 신장 급통증 ·달리 분류된 질환에서의 방광장애 (결핵성 방광염(A18.11 †) 제외) ·달리 분류된 질환에서의 요도장애 ·비뇨계통의 기타 장애 	N23 N33* (N33.0*제외) N37* N39
44. 전립선 질환	<ul style="list-style-type: none"> ·전립선증식증 ·전립선의 염증성 질환 ·전립선의 기타 장애 	N40 N41 N42
45. 남성 생식기관의 질환	<ul style="list-style-type: none"> ·음낭수종 및 정맥류 ·고환의 염전 ·고환염 및 부고환염 ·달리 분류되지 않은 남성생식기관의 염증성 장애 ·남성생식기관의 기타 장애 	N43 N44 N45 N49 N50
	<ul style="list-style-type: none"> ·달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 장애 	N51*
	<ul style="list-style-type: none"> - 편모충성 전립선염(N51.0*) - 불거리고환염(N51.1*) 	A59.08 † B26.0 †
46. 유방의 장애	<ul style="list-style-type: none"> ·유방의 장애 	N60~N64
47. 난소 및 난관의 질환	<ul style="list-style-type: none"> ·난관염 및 난소염 ·난소, 난관 및 넓은인대의 비염증성 장애 	N70 N83
48. 여성골반내 기관의 염증성질환	<ul style="list-style-type: none"> ·자궁경부를 제외한 자궁의 염증성 질환 ·자궁경부의 염증성 질환 ·기타 여성골반염증질환 	N71 N72 N73

대상질병		분류번호
	·달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애 (자궁경부의 결핵감염(A18.17†) 제외) (여성 결핵성 골반염증질환(A18.17†) 제외) ·바르톨린선의 질환 ·질 및 외음부의 기타 염증 ·달리 분류된 질환에서의 외음질의 궤양 및 염증	N74* (N74.0*제외) (N74.1*제외) N75 N76 N77*
49. 여성생식관의 비염증성 장애 (습관유산자 제외) (여성 불임 제외) (인공 수정과 관련된 합병증 제외)	·자궁내막증 ·여성생식기탈출 ·여성생식관을 침범한 누공 ·여성생식관의 폴립 ·자궁경부를 제외한 자궁의 기타 비염증성 장애 ·자궁경부의 미란 및 외반 ·자궁경부의 이형성 ·자궁경부의 기타 비염증성 장애 ·질의 기타 비염증성 장애 ·외음부 및 회음부의 기타 비염증성 장애 ·무월경, 소량 및 희발 월경 ·과다, 빈발 및 불규칙 월경 ·기타 이상 자궁 및 질 출혈 ·여성생식기관 및 월경주기와 관련된 통증 및 기타 병태 ·폐경 및 기타 폐경전후 장애	N80 N81 N82 N84 N85 N86 N87 N88 N89 N90 N91 N92 N93 N94 N95
50. 비뇨생식계의 기타 장애	·달리 분류되지 않은 비뇨생식계의 처치후 장애	N99

6) 7대생활질병 분류표

대상질병		분류번호
1. 하지의 정맥류	·하지의 정맥류	I83
2. 발바닥근막성 섬유종증	·발바닥근막성 섬유종증	M72.2
3. 어깨의 유착성 관절낭염	·어깨의 유착성 관절낭염	M75.0
4. 손목터널증후군	·손목터널증후군	G56.0
5. 안검하수	·안검하수	H02.4
6. 수면무호흡증	·수면무호흡증	G47.3
7. 전신결합조직 장애	·전신홍반루푸스	M32
	·피부다발근염	M33
	·전신경화증	M34

7) 치핵 분류표

대상질병	분류번호
치핵 및 항문주위정맥혈전증 - 포함 : 치질 - 제외 : 합병증(출산 및 산후기(O87.2), 임신(O22.4))	K64

- 주1) 당뇨병 질환(E10~E14)에는 눈, 신장 등의 합병증을 동반한 당뇨병이 포함되어 있습니다. (자세한 내용은 「한국표준질병·사인분류」를 참고)
- 주2) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주4) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질

병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

주5) H35.0(배경망막병증 및 망막혈관변화)으로 진단받은 경우, 의사 소견서상 고혈압성 망막병증으로 확인된 경우에 한하여 “특정10대질병” 중 “고혈압질환”으로 봅니다.

【별표10】 7대기관질병 분류표

약관에 규정하는 7대기관질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호	
1. 간관련 질병	·바이러스간염	B15~B19	
	·간의 질환	K70~K77	
	- 거대세포바이러스간염(K77.0*) - 독소포자충간염(K77.0*)	B25.1 † B58.1 †	
2. 심장관련 질병	·급성 류마티스열 ·만성 류마티스심장질환 ·허혈심장질환 ·폐성 심장병 및 폐순환의 질환	100~102 105~109 120~125 126~128	
	·기타 형태의 심장병	I30~I52	
	- 수막알균성 심장막염(I32.0*) - 수막알균성 심내막염(I39.8*) - 수막알균성 심근염(I41.0*) - 수막알균성 심장염 NOS(I52.0*) - 칸디다심내막염(I39.8*)	A39.5 † B37.6 †	
3. 신부전	·신부전	N17~N19	
4. 특정장질환	·장의 혈관장애 ·탈장이 없는 마비성 장폐색증 및 장폐색 ·장의 개실병	K55 K56 K57	
	5. 뇌혈관질환	·뇌혈관질환	I60~I69
	6. 폐질환	·폐기종 ·기타 만성 폐쇄성 폐질환 ·기관지확장증 ·하기도의 화농성 및 괴사성 병태 ·흡막의 기타 질환	J43 J44 J47 J85~J86 J90~J94
7. 담낭, 담도 및 췌장질환		·담낭염 ·담낭의 기타 질환 ·담도의 기타 질환 ·급성 췌장염 ·췌장의 기타 질환	K81 K82 K83 K85 K86
		·달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애	K87*
		- 거대세포바이러스췌장염(K87.1*)	B25.2 †
		- 볼거리췌장염(K87.1*)	B26.3 †

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표11】 악성신생물 분류표

제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 악성신생물로 분류되는 질병은 아래와 같습니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00~C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성 신생물	C43~C44
6. 종피성 및 연조직의 악성 신생물	C45~C49
7. 유방의 악성 신생물	C50
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60~C63
10. 요로의 악성 신생물	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성 신생물	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81~C96
15. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표12】 제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	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

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표13】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	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

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표14】 10대고액치료비암 분류표

약관에 규정하는 10대고액치료비암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 악성 신생물	C15
2. 췌장의 악성 신생물	C25
3. 골 및 관절연골의 악성 신생물 ·사지의 골 및 관절연골의 악성 신생물 ·기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 C41
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성 신생물 ·수막의 악성 신생물 ·뇌의 악성 신생물 ·척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C70 C71 C72
5. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물 ·호지킨림프종 ·소포성 림프종 ·비소포성 림프종 ·성숙T/NK-세포림프종 ·기타 및 상세불명 유형의 비호지킨림프종 ·T/NK-세포림프종의 기타 명시된 형태 ·악성 면역증식성 질환 ·다발골수종 및 악성 형질세포신생물 ·림프성 백혈병 ·골수성 백혈병 ·단핵구성 백혈병 ·명시된 세포형의 기타 백혈병 ·상세불명 세포형의 백혈병 ·림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성 신생물 ·만성 골수증식질환 ·만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	C81 C82 C83 C84 C85 C86 C88 C90 C91 C92 C93 C94 C95 C96 D47.1 D47.5
6. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
7. 담낭의 악성 신생물	C23
8. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
9. 기관의 악성 신생물	C33
10. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표15】 특정8대기관 양성종양 및 폴립 분류표

약관에 규정하는 특정8대기관 양성종양 및 폴립으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	대상질병	분류번호	
1. 간	·간의 양성 신생물	D13.4	
2. 담관	·간외담관의 양성 신생물	D13.5	
3. 췌장	·췌장의 양성 신생물	D13.6	
4. 갑상선	·갑상선의 양성 신생물	D34	
5. 위·십이지장	·위의 양성 신생물 ·십이지장의 양성 신생물 ·위 및 십이지장의 폴립	D13.1 D13.2 K31.7	
6. 대장	·맹장의 양성 신생물 ·충수의 양성 신생물 ·상행결장의 양성 신생물 ·횡행결장의 양성 신생물 ·하행결장의 양성 신생물 ·구불결장의 양성 신생물 ·상세불명의 결장의 양성 신생물 ·직장구불결장접합부의 양성 신생물 ·직장의 양성 신생물 ·직장폴립 ·결장의 폴립	D12.0 D12.1 D12.2 D12.3 D12.4 D12.5 D12.6 D12.7 D12.8 K62.1 K63.5	
7. 생식기관	남성	·남성생식기관의 양성 신생물	D29
	여성	·자궁의 평활근종 ·자궁의 기타 양성 신생물 ·난소의 양성 신생물 ·기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성 신생물 ·여성생식관의 폴립	D25 D26 D27 D28 N84
8. 기관지 및 폐	·기관지 및 폐의 양성 신생물	D14.3	

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표16】 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표

약관에 규정하는 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위		코드
공통	1. 내시경 종양제거 수술		Q7611~Q7789, QX706
기관	2. 간	간농양(농종) 수술	
		가. 개복에 의한 흡입 또는 주입술	Q7211
		나. 배액을 위한 간절개술	Q7212
		다. 조대술	Q7213
		라. 낭종적출술	Q7214
	3. 담낭 및 담도	담도낭종수술	
		가. 우회술	Q7331
		나. 절제술	Q7332
		담도종양수술	
		가. 양성	Q7341
	4. 췌장	췌장가성낭종수술	
		가. 조대술	Q7541
		나. 외부배액법	Q7542
		다. 내부배액법	Q7543
		췌장양성종양(낭종, 선종) 절제	Q7550
	5. 갑상선	갑상선수술	
		가. 갑상선엽 전절제술	
		(1) 편측	P4551
		(2) 양측	P4552
		나. 갑상선엽 아전절제술	
		(1) 편측	P4553
		(2) 양측	P4554
		갑상선선관낭종절제술	P4558
6. 위	위폴립절제술	Q2521	
7. 대장	소장 또는 결장의 폴립절제술	Q2645	
	장간막종양적출술		
	가. 장관절제를 동반하는것	Q2761	
	나. 기타의 것	Q2762	
	직장종양의 절제술		
	가. 경항문 접근	Q2891	
	나. 경천골 또는 방천골 접근	Q2890	
다. 복부접근	Q2892		
라. 경항문 내시경적 미세수술	Q2893		
8. 생식 기관	남성	외성기 종양적출술	
		가. 양성	R4001
	여성	외음부 종양적출술	
		가. 양성	R4066
		질 종양적출술	
가. 양성	R4070		
	자궁근종절제술		

구분	진료행위		코드
		가. 복부접근	
		(1) 단순	R4124
		(2) 복잡	R4127
		나. 질부접근	R4123
		다. 복강경술	
		(1) 단순	R4128
		(2) 복잡	R4129
		자궁경하 자궁근종절제술	
		가. 3cm 미만	R4125
		나. 3cm 이상(다발성 포함)	R4126
		자궁경관점막폴립절제술	R4240
		자궁경하 자궁내막폴립절제술	R4241
		부속기 종양 적출술	
		가. 양성	R4421
		9. 기관지 및 폐	폐쇄기절제술
	가. 단일		O1401
	나. 2-3개		O1403
	다. 4-5개		O1404
	라. 6개 이상		O1405
	폐구역절제술		O1410
	폐엽절제술		
	가. 단일폐엽절제술		O1421
	나. 쌍폐엽절제술		O1422
다. 폐엽과 폐구역절제술	O1423		
라. 소매폐엽절제술	O1424		

【별표17】 급여 항암방사선치료 분류표

약관에 규정하는 급여 항암방사선치료로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상 대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위		코드	
1. 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획			
기본 치료계획	1문조사5	·제1회	HD010
		·제2회부터	HD410
	2문대향조사	·제1회	HD011
		·제2회부터	HD411
	비대향2문조사, 3문이상조사	·제1회	HD012
		·제2회부터	HD412
전산화 방사선 치료계획	1문조사	·제1회	HD013
		·제2회부터	HD413
	2문대향조사	·제1회	HD014
		·제2회부터	HD414
	비대향2문조사, 3문이상조사	·제1회	HD015
		·제2회부터	HD415
	운동조사법	·제1회	HD016
		·제2회부터	HD416
	수술 중 방사선치료계획		HD017
	입체조형 치료계획	·제1회	HD018
		·제2회부터	HD418
	정위적 방사선수술 계획	·제1회	HD019
		·제2회부터	HD419
	양성자 치료계획	·제1회	HD020
·제2회부터		HD420	
세기변조 방사선치료계획	·제1회	HD041	
	·제2회부터	HD441	
2. 밀봉소원원치료에 대한 치료계획 및 모의치료			
·외부접촉조사치료		HD021	
·강내치료, 관내치료		HD022	
·조직내치료		HD023	
3. 치료 보조기구 고안 및 제작			
·차폐물		HD031	
·보상체		HD032	
·고정기구		HD033	
4. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[계획]		HD040	
5. 체내(체표면)선량측정		HX401	
6. 조사면검교정			
·필름 검교정		HY402	
전기적 영상 검교정	·2차원	HY404	
	·3차원	HY405	
7. 체외조사			
저에너지 방사선치료	·1문조사	HD051	
	·2문대향조사(2문조사)부터	HD054	

진료행위			코드
중에너지 방사선치료	·1문조사		HD052
	·2문대향조사(2문조사)부터		HD055
고에너지 방사선치료	·1문조사		HD053
	·2문대향조사(2문조사)부터		HD056
8. 회전조사			
·저에너지 방사선치료			HD057
·중에너지 방사선치료			HD058
·고에너지 방사선치료			HD059
9. 입체조형치료			HD061
10. 개봉선원치료			
·경구투여방법			HD071
·정맥주사방법			HD072
·기타방법[복막천자, 흉강천자, 관절천자 등]			HD073
11. 밀봉소선원치료			
·외부 근접(접촉)조사치료			HD080
강내치료	고선량을 분할치료	·1치료기간당	HD081
		·치료종단시	HD082
	저선량을 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD083
		·익일부터	HD084
조직내치료, 관내치료	고선량을 분할치료	·1치료기간당	HD085
		·치료종단시	HD086
	저선량을 치료	·방사성 선원 삽입 당일	HD087
		·익일부터	HD088
·방사성입자의 자입치료			HD089
12. 전신조사			
·전신			HD091
·전립프절			HD092
13. 전신피부전자선조사			HD093
14. 정위적 방사선 분할치료			HD110
15. 체부 정위적 방사선수술			
·선형가속기 이용			HD111
·선형가속기 이용[1회로 치료종결]			HD112
·사이버나이프 이용			HD211
·사이버나이프 이용[1회로 치료종결]			HD212
16. 뇌 정위적 방사선수술			
·감마나이프 이용			HD113
·사이버나이프 이용			HD114
·선형가속기 이용			HD115
17. 양성자 치료			HD121
18. 세기변조 방사선치료			HZ271
19. 전립선암에 Iodine-125 영구삽입술[치료]			HD150

【별표18】 급여 항암약물 분류표

약관에 규정하는 급여 항암약물은 건강보험심사평가원이 고시하는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 분류 중 아래의 분류번호에 해당하는 약제를 말합니다.

약효분류	분류번호
1. 부신흔르몬제	245
2. 난포 및 황체호르몬제	247
3. 기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)	249
4. 비타민B제(비타민B1을 제외)	313
5. 기타의 혈액 및 체액용약	339
6. 해독제	392
7. 따로 분류되지 않는 대사성 의약품	399
8. 항악성종양제	421
9. 기타의 종양치료제	429
10. 방사성 의약품	431
11. 주로 악성종양에 작용하는 것	617
12. 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제	639

【별표19】 특정양성뇌종양 분류표

약관에 규정하는 특정양성뇌종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 수막의 양성 신생물	D32
2. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 뇌하수체의 양성 신생물	D35.2
4. 두개인두관의 양성 신생물	D35.3
5. 송과선의 양성 신생물	D35.4

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표20】 뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
8. 기타 뇌혈관질환	167
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168*
10. 뇌혈관질환의 후유증	169

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표21】 뇌졸중 분류표

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162
4. 뇌경색증	163
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표22】 뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 거미막하출혈	160
2. 뇌내출혈	161
3. 기타 비외상성 두개내출혈	162

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표23】 허혈성심장질환 분류표

약관에 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성 허혈성심장병	I25

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표24】 급성심근경색증 분류표

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성 심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표25】 만성호흡기질환 분류표

약관에 규정하는 만성호흡기질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염	J40
2. 단순성 및 점액화농성 만성 기관지염	J41
3. 상세불명의 만성 기관지염	J42
4. 폐기종	J43
5. 기타 만성 폐쇄성 폐질환	J44
6. 기관지확장증	J47
7. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
8. 성인호흡곤란증후군	J80
9. 폐부종	J81
10. 기타 간질성 폐질환	J84
11. 달리 분류되지 않은 호흡부전	J96

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표26】 말기폐질환 분류표

약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
<ul style="list-style-type: none"> - 수두폐렴(J17.1*) - 폐렴이 합병된 홍역(J17.1*) - 거대세포바이러스폐렴(J17.1*) - 폐톡소포자충증(J17.3*) 	B01.2 † B05.2 † B25.0 † B58.3 †
2. 기타 급성 하기도감염	J20~J22
3. 만성 하부호흡기질환	J40~J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
7. 흉막의 기타 질환	J90~J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95~J99
<ul style="list-style-type: none"> - 류마티스폐질환(J99.0*) 	M05.1 †

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표27】 특정전염병 분류표

약관에 규정하는 특정전염병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 콜레라	A00
2. 장티푸스	A01.0
3. 파라티푸스	A01.1~A01.4
4. 상세불명의 시겔라증	A03.9
5. 장출혈성 대장균감염	A04.3
6. 페스트	A20
7. 파상풍	A33~A35
8. 디프테리아	A36
9. 백일해	A37
10. 급성 회색질척수염	A80
11. 일본뇌염	A83.0
12. 홍역	B05
13. 풍진	B06
14. 볼거리	B26
15. 탄저병	A22
16. 브루셀라병	A23
17. 렘토스피라병	A27
18. 성홍열	A38
19. 수막알균수막염(G01*)	A39.0 †
20. 기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
21. 재항균인병, 비페렴성 재항균인병[폰티액열]	A48.1, A48.2
22. 발진티푸스	A75
23. 광견병	A82
24. 신장증후군을 동반한 출혈열	A98.5
25. 말라리아	B50~B54

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표28】 대상포진 분류표

약관에 규정하는 대상포진으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
대상포진	B02

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표29】 대상포진눈병 분류표

약관에 규정하는 대상포진눈병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
대상포진눈병	B02.3

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표30】 통풍 분류표

약관에 규정하는 통풍으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
통풍	M10

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표31】 독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표32】 급여 감상선절제술 분류표

약관에 규정하는 급여 감상선절제술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대 가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	코드
1. 편측 감상선엽 전절제술	P4551
2. 양측 감상선엽 전절제술	P4552
3. 편측 감상선엽 아전절제술	P4553
4. 양측 감상선엽 아전절제술	P4554

【별표33】 교통사고처리특례법 제3조(처벌의 특례) 제2항 단서

1. 「도로교통법」 제5조(신호 또는 지시에 따른 의무)에 따른 신호기가 표시하는 신호 또는 교통정리를 하는 경찰공무원등의 신호를 위반하거나 통행금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시를 위반하여 운전한 경우
 2. 「도로교통법」 제13조(차마의 통행) 제3항을 위반하여 중앙선을 침범하거나 같은 법 제62조(횡단 등의 금지)를 위반하여 횡단, 유턴 또는 후진한 경우
 3. 「도로교통법」 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항에 따른 제한속도를 시속 20킬로미터 초과하여 운전한 경우
 4. 「도로교통법」 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항, 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소), 제23조(끼어들기의 금지)에 따른 앞지르기의 방법·금지시기·금지장소 또는 끼어들기의 금지를 위반하거나 같은 법 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항에 따른 고속도로에서의 앞지르기 방법을 위반하여 운전한 경우
 5. 「도로교통법」 제24조(철길 건널목의 통과)에 따른 철길건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우
 6. 「도로교통법」 제27조(보행자의 보호) 제1항에 따른 횡단보도에서의 보행자 보호의무를 위반하여 운전한 경우
 7. 「도로교통법」 제43조(무면허운전 등의 금지), 「건설기계관리법」 제26조(건설기계조종사면허) 또는 「도로교통법」 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)를 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계조종사면허의 효력이 정지 중이거나 운전의 금지 중인 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않은 것으로 본다.
 8. 「도로교통법」 제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지) 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 운전을 하거나 같은 법 제45조(과로한 때 등의 운전 금지)를 위반하여 약물의 영향으로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 운전한 경우
 9. 「도로교통법」 제13조(차마의 통행) 제1항을 위반하여 보도(歩道)가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 같은 법 제13조(차마의 통행) 제2항에 따른 보도 횡단방법을 위반하여 운전한 경우
 10. 「도로교통법」 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제3항에 따른 승객의 추락 방지의무를 위반하여 운전한 경우
 11. 「도로교통법」 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해(傷害)에 이르게 한 경우
 12. 「도로교통법」 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 않도록 필요한 조치를 하지 않고 운전한 경우
- ※ 상기의 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표34】 1-5종수술 분류표

I. 일반적인 상해 및 질병 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류 (종)	
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25cm ² 이상인 경우, 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3	
	2. 피부이식수술(25cm ² 미만인 경우)	1	
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy) 단, 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술 제외	3	
	3-1. 유방의 비대(N62)로 인한 유방절단수술	1	
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외)	1	
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2	
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3	
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면증 무호흡 수술은 제외]	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 수반하는 것]	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(脾臟)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3	

구분	수술명	수술종류 (종)
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈 수술	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(心臟內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1	
소화기계의 수술	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외]	1
	비뇨기계 생식기계의 수술	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교	4

구분	수술명	수술종류 (종)
[인공임신중절 수술은 제외함]	정수술은 제외]	
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류 교정수술	1
	48. 요실금수술(급여)	1
	49. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	50. 음경(陰莖) 절단수술(포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	51. 고환(睪丸), 부고환(副睪丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	52. 음낭관혈수술	1
	53. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	54. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술	1
	55. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
56. 질탈(陰脫)근본수술	1	
내분비기계의 수술	57. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	58. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
	59. 부신(副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	60. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	61. 신경(神經) 관혈수술	2
	62. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	63. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	64. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	65. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	66. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	67. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	68. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	69. 각막, 공막 이식수술	2
	70. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	71. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	72. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	73. 망막박리(網膜剝離) 수술	2
	74. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술(시력회복 및 시력개선 목적의 수술은 제외)	1
75. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술	2	
76. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3	

구분	수술명	수술종류 (종)
	77. 안와내중양절제수술	3
	78. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	79. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	80. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	81. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	82. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	83. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외]	1
	84. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	85. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	86. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	87. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	88. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	1
	89. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술	3
	89-1. 뇌, 심장	2
	89-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 89-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주1) 상기 1~88항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술은 89항을 적용합니다. 다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~88항)의 수술로 적용합니다.

주2) 상기 44항(치루(痔漏), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술), 48항(요실금수술(급여)), 55항(제왕절개만 출술(帝王切開娩出術)) 수술은 질병1-5종수술비Ⅲ 보장에만 적용되며, 상해1-5종수술비Ⅲ 보장은 보상하지 않습니다. 또한 48항(요실금수술(급여))은 피보험자가 남성인 경우 보상하지 않습니다.

II. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술종류 (종)
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함] 1-1. 기타피부암(C44)	5 3
2. 내시경 수술	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술	3

주1) 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 '1. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술' 항목의 적용을 받습니다.

주2) 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.

주3) 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.

III. 악성신생물 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
-------------	------

	(종)
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(1-5종수술 분류표 사용 지침)

- ‘수술’이라 함은 「의료법」 제5조(의사,치과의사 및 한의사 면허)에 규정한 의사, 치과의사의 자격을 가진 자가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 ‘1-5종수술 분류표’에서 정한 행위를 받는 경우를 말합니다. ‘수술’은 기구를 사용해서 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경차단(神經遮斷, Nerve Block)은 ‘수술’에서 제외합니다.
- ‘관혈(觀血)’ 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
- ‘근본(根本)’ 혹은 ‘근치(根治)’ 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
- ‘관혈적 악성신생물 근치수술’이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광축술을 함께 실시한 경우입니다.
- ‘1-5종수술 분류표’ 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준:
 ‘1-5종수술 분류표’에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 ‘수술’의 정의에 해당하여야 하고 약물투여 치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보조적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.
 - ‘1-5종수술 분류표’ 상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 ‘1-5종수술 분류표’ 상의 동일부위 수술로 본다.
 - 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술인 경우에는 ‘1-5종수술 분류표’ 중 ‘1. 일반적인 상해 및 질병치료 목적의 수술’ 89항(악성신생물의 경우는 ‘악성신생물 치료목적의 수술’ 2항)을 우선 적용합니다.
- ‘악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료’라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가느다란 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
- ‘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 조사함으로써 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.
- 요실금수술(급여) 대상 수가코드
 - 1-5종수술 분류표에서 요실금수술(급여)로 분류되는 의료행위는 진단확정된 “요실금”을 원인으로 행해진 것으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “요실금수술(급여)”로 인정하는 기준에 해당하는 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 아래의 진료행위(이하 “요실금수술(급여) 인정기준”이라 합니다)를 말합니다.

진료행위	코드
1. 요실금수술-개복에 의한 수술	R3562
2. 요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 경우(근막채취료 포함)	R3564
3. 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	R3565

[건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수]

「국민건강보험법 시행령」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부가 고시하는 사항을 말합니다.

- 2) 1)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “요실금수술(급여) 인정기준”이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 “급여 특정 요실금 수술 인정기준”을 따릅니다.
- 3) 1) 및 2)에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 “요실금수술(급여) 인정기준” 외에 “요실금수술(급여) 인정기준”에 해당하는 치료가 있는 경우에는 그 치료도 포함하는 것으로 합니다. 다만, 새로 포함되는 치료는 “질강을 통한 수술” 및 “개복에 의한 수술”에 한합니다.
- 4) 1)의 “요실금”이라 함은 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따른 아래의 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 스트레스요실금	N39.3
2. 기타 명시된 요실금	N39.4
3. 상세불명의 요실금	R32

【별표35】 1-8종수술 및 시술 분류표

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
간 이식	1. 간이식	A010	8
폐 이식	2. 폐이식	A020	8
심장 이식	3. 심장이식	A030	8
장 이식	4. 췌장이식	A040	8
소장 이식	5. 소장이식	A050	8
조혈모세포 이식	6. 조혈모세포이식, 동종이식	A061	8
	7. 조혈모세포이식, 자가이식	A062	8
신장 이식	8. 신장이식	A070	8
체외순환막형산화요법 (ECMO), 개심술미동반	9. 체외순환막형산화요법(ECMO), 개심술미동반	A080	5
기관절개술	10. 기관절개술(안면, 구강, 경부장애의경우), 인공호흡기장기사용	A091	1
	11. 기관절개술(안면, 구강, 경부장애의경우), 인공호흡기단기사용	A092	1
	12. 기관절개술(안면, 구강, 경부장애의경우), 인공호흡기미사용	A093	1
	13. 기관절개술(안면, 구강, 경부장애제외), 인공호흡기장기사용	A094	1
	14. 기관절개술(안면, 구강, 경부장애제외), 인공호흡기단기사용	A095	1
	15. 기관절개술(안면, 구강, 경부장애제외), 인공호흡기미사용	A096	1
사지 이식	16. 사지이식	A100	8
뇌동맥류수술	17. 복잡뇌동맥류수술(뇌졸중동반)	B011	8
	18. 단순뇌동맥류수술(뇌졸중동반)	B012	8
	19. 복잡뇌동맥류수술(뇌졸중미동반)	B013	8
	20. 단순뇌동맥류수술(뇌졸중미동반)	B014	8
	21. 뇌동맥류색전술(뇌졸중동반)	B015	6
	22. 뇌동맥류색전술(뇌졸중미동반)	B016	6
	23. 뇌동맥류복합수술(뇌졸중동반)	B017	8
	24. 뇌동맥류복합색전술(뇌졸중동반)	B018	6
뇌혈관수술	25. 두개내혈관수술(뇌졸중동반)	B021	8
	26. 두개내혈관수술(뇌졸중미동반)	B022	8
	27. 뇌신경계혈관기형및동정맥루색전술(뇌졸중동반)	B023	6
	28. 뇌신경계혈관기형및동정맥루색전술(뇌졸중미동반)	B024	6
	29. 경피적뇌혈관수술(협착·폐쇄및혈전제거동시의경우)	B025	6
	30. 경피적뇌혈관수술(협착및폐쇄의경우)	B026	6
	31. 경피적뇌혈관수술(혈전제거의경우)	B027	6

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
혈종제거술 및 기타개두술 (외상제외)	32. 혈종제거술(외상제외)	B031	8
	33. 두개내감압술(외상제외)	B032	8
	34. 두개골성형술(외상제외)	B033	8
두개의 혈관수술	35. 두개외혈관수술(뇌졸중동반)	B041	4
	36. 두개외혈관수술(뇌졸중미동반)	B042	4
	37. 경피적두개외혈관수술	B043	4
뇌기저부 수술	38. 뇌기저부수술	B050	8
뇌종양 절제술	39. 복잡천막상부종양절제술	B061	8
	40. 단순천막상부종양절제술	B062	8
	41. 복잡천막하부종양절제술	B063	8
	42. 단순천막하부종양절제술	B064	8
	43. 경피적뇌신경계종양수술	B065	6
44. 경비적뇌하수체종양절제술	B066	8	
신경계 신경자극기 설치술	45. 신경계신경자극기설치술	B070	7
뇌전증 수술	46. 뇌전증수술(전극삽입술시행)	B081	7
	47. 뇌전증수술(전극삽입술미시행)	B082	7
정위수술	48. 중추신경계정위수술(뇌종양및기타병소발생술)	B091	6
	49. 중추신경계정위수술(두개내출혈)	B092	6
	50. 뇌정위방사선수술(두개내출혈및뇌혈관기형)	B093	6
	51. 뇌정위방사선수술(양성뇌종양)	B094	6
	52. 뇌정위방사선수술(기타)	B095	6
	53. 중추신경계체부정위방사선수술	B096	6
뇌신경 수술	54. 뇌신경수술	B100	6
뇌척수액 우회로조성술	55. 뇌척수액우회로조성술	B110	4
외상 개두술	56. 혈종제거술(외상관련),경막외출혈	B121	7
	57. 혈종제거술(외상관련),경막하출혈	B122	7
	58. 혈종제거술(외상관련),기타뇌내출혈	B123	7
	59. 두개내감압술(외상관련)	B124	8
	60. 두개골성형술(외상관련)	B125	8
기타 개두술	61. 기타개두술	B130	7
천두술	62. 천두술(경막하또는경막외)	B141	4
	63. 천두술(뇌내)	B142	4
	64. 천두술(기타)	B143	4

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
척추강내 병소절제술	65. 척수내종양절제술	B151	6
	66. 척추강내병소절제술(척수병증동반)	B152	6
	67. 척추강내병소절제술(척수병증미동반)	B153	6
	68. 척추강내병소절제술(척추고정술동반)	B154	6
척추변형 척추고정술	69. 청소년기척추변형척추고정술	B161	5
	70. 성인기척추변형척추고정술(감압술동반)	B162	5
	71. 성인기척추변형척추고정술(감압술미동반)	B163	5
기타 척추 수술	72. 척추고정술(척수병증동반)	B171	4
	73. 척추고정술(척수병증미동반)	B172	4
	74. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증동반)	B173	2
	75. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증미동반)	B174	2
	76. 기타척추수술(척수병증동반)	B175	1
	77. 기타척추수술(척수병증미동반)	B176	1
척추 증재시술	78. 척추증재시술(뼈에서행한경우)	B181	1
	79. 척추증재시술(신경에서행한경우)	B182	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	80. 척수신경자극기및약물주입펌프의설치술또는교환술	B191	3
	81. 척수신경자극기및약물주입펌프의시험적거치술또는제거술	B192	1
기타 신경계수술	82. 주요말초및뇌신경수술	B201	1
	83. 기타말초및뇌신경수술	B202	1
	84. 수근관이완술	B203	1
	85. 기타근육,건및인대이완술	B204	1
	86. 기타신경계수술	B205	1
복잡 척추수술	87. 복잡척추고정술	B211	4
	88. 복잡척추후궁절제술	B212	2
안부 관통상 수술	89. 복잡안부관통상수술	C011	1
	90. 전안부관통상수술(수정체수술동반)	C012	1
	91. 전안부관통상수술(수정체수술미동반)	C013	1
	92. 후안부관통상수술	C014	1
안와 수술	93. 복잡안와수술,한쪽	C021	2
	94. 복잡안와수술,양쪽	C022	2
	95. 단순안와수술	C023	2
안구수술 (종양수술포함)	96. 안구수술(종양수술포함)	C030	2
망막 및 유리체 수술	97. 망막및유리체수술(망막주위막제거술동반,수정체수술동반)	C043	2
	98. 망막및유리체수술(망막주위막제거술동반,수정체수술미동반)	C044	2

구분	수술 및 사술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
	99. 망막및유리체수술(망막주위막제거술미동반,수정체수술동반)	C045	2
	100. 망막및유리체수술(망막주위막제거술미동반,수정체수술미동반)	C046	2
안구 표면 재건술	101. 주요각막이식수술	C051	2
	102. 기타각막이식수술	C052	2
	103. 공막및각막윤부이식수술	C053	2
수정체소절개수술 (유리체절제술유무와 무관)	104. 주요수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C061	1
	105. 기타수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C062	1
	106. 주요수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C063	1
	107. 기타수정체소절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C064	1
수정체대절개수술 (유리체절제술유무와 무관)	108. 주요수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C071	1
	109. 기타수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),한쪽	C072	1
	110. 수정체대절개수술(유리체절제술유무와무관),양쪽	C073	1
후발성 백내장 수술	111. 후발성백내장수술	C080	1
녹내장 수술	112. 복잡녹내장수술(수정체수술동반)	C091	2
	113. 복잡녹내장수술(수정체수술미동반)	C092	2
	114. 단순녹내장수술(수정체수술동반)	C093	2
	115. 단순녹내장수술(수정체수술미동반)	C094	2
기타 안구내 수술	116. 기타주요안구내수술	C101	1
	117. 기타단순안구내수술	C102	1
사시 수술	118. 복잡사시수술	C111	1
	119. 단순사시수술	C112	1
안검 수술	120. 복잡안검수술,제1형	C121	1
	121. 복잡안검수술,제2형	C122	1
	122. 복잡안검수술,제3형	C123	1
	123. 주요안검수술,제1형	C124	1
	124. 주요안검수술,제2형	C125	1
	125. 주요안검수술,제3형	C126	1
	126. 기타안검수술	C127	1
눈물길 수술	127. 복잡눈물길수술	C131	1
	128. 주요눈물길수술,한쪽	C132	1
	129. 주요눈물길수술,양쪽	C133	1
	130. 기타눈물길수술(경비내시경포함),단안	C135	1
	131. 기타눈물길수술(경비내시경포함),양안	C136	1
결막 수술	132. 결막낭재건술	C141	1

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
	133. 복잡결막수술	C142	1
	134. 단순결막수술	C143	1
기타 안구의 수술	135. 기타안구의수술	C150	1
내이 수술	136. 귀이식술	D011	5
	137. 주요내이수술	D012	3
	138. 단순내이수술	D013	2
중이 및 유양돌기 수술	139. 고실유양돌기수술	D021	2
	140. 유양돌기수술	D022	2
	141. 고실수술	D023	2
	142. 이소골재건술	D024	2
	143. 등골수술	D025	2
	144. 환기관삽입고막절개술	D026	2
외이 및 귀 수술	145. 주요외이및귀수술	D031	1
	146. 단순외이및귀수술	D032	1
귀 및 코의 악성종양 수술	147. 귀및두개저악성종양수술	D041	7
	148. 비강,부비동,비인강악성종양	D042	7
부비동개방 수술	149. 부비동개방수술(한개,한쪽)	D051	1
	150. 부비동개방수술(한개,양쪽)	D052	1
	151. 부비동개방수술(여러개,한쪽)	D053	1
	152. 부비동개방수술(여러개,양쪽)	D054	1
내시경을 이용한 부비동 수술	153. 내시경을이용한부비동수술(한개,한쪽)	D061	1
	154. 내시경을이용한부비동수술(한개,양쪽)	D062	1
	155. 내시경을이용한부비동수술(여러개,한쪽)	D065	1
	156. 복잡내시경을이용한부비동수술(여러개,한쪽)	D066	1
	157. 내시경을이용한부비동수술(여러개,양쪽)	D067	1
	158. 복잡내시경을이용한부비동수술(여러개,양쪽)	D068	1
코 수술	159. 주요코수술	D081	1
	160. 비중격및비갑개수술	D082	1
	161. 단순코수술	D083	1
구강 및 타액선 악성종양 수술	162. 구강및타액선악성종양수술	D090	7
후두 및 인두 악성종양 수술	163. 주요후두및인두악성종양수술(경동맥소체포함)	D101	7
	164. 단순후두및인두악성종양수술	D102	7
경부림프절절제술	165. 경부림프절절제술,한쪽	D111	4
	166. 경부림프절절제술,양쪽	D112	4

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
안면골 수술	167. 악관절수술	D121	2
	168. 주요안면골수술	D122	2
	169. 단순안면골수술	D123	2
두경부 재건술	170. 두경부재건술	D130	2
타액선 수술	171. 이하선수술	D141	2
	172. 악하선및설하선수술	D142	2
	173. 기타타액선수술	D143	1
	174. 타석제거술	D144	1
경부 수술	175. 경부수술	D150	1
편도 및 아데노이드 수술	176. 주요편도및아데노이드수술	D161	1
	177. 단순편도및아데노이드수술	D162	1
구강,인후두수술	178. 주요구강및인두,후두수술	D171	1
	179. 단순구강및인두,후두수술	D172	1
기타이비인후, 구강질환수술	180. 기타이비인후,구강질환수술	D200	1
주요 흉부 수술	181. 기관및기관지수술	E011	7
	182. 주요폐수술(악성종양의경우)	E012	7
	183. 주요폐수술(악성종양제외)	E013	7
	184. 기타폐수술	E014	7
	185. 종격동수술	E015	7
	186. 주요흉곽수술	E016	7
	187. 기타흉곽수술	E017	3
	188. 흉강경을이용한주요수술	E018	7
	189. 흉강경을이용한기타수술	E019	7
기관지경 및 방사선하 수술	190. 기관지경및방사선하수술	E020	2
기타 호흡기계 수술	191. 수면무호흡증후군수술	E032	1
	192. 호흡기계기타단순수술	E033	1
	193. 기타호흡기계수술	E034	1
폐농양 배액술	194. 폐농양배액술	E520	1
흉막삼출 배액술	195. 흉막삼출배액술	E530	1
자동체내제세동기 시술	196. 자동체내제세동기설치술또는제거술	F011	5
	197. 자동체내제세동기교정술	F012	5
심장판막수술 (심도자술사용)	198. 대동맥판막수술(심도자술사용)	F021	8
	199. 승모판또는삼첨판수술(심도자술사용)	F022	8

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
	200. 폐동맥판수술(심도자술사용)	F023	8
심장판막수술 (심도자술미사용)	201. 대동맥판수술(심도자술미사용)	F031	8
	202. 승모판또는삼첨판수술(심도자술미사용)	F032	8
	203. 폐동맥판수술(심도자술미사용)	F033	8
관상동맥 우회로 조성술	204. 관상동맥우회로조성술(심도자술사용,인공심장폐장치사용)	F041	8
	205. 관상동맥우회로조성술(심도자술미사용,인공심장폐장치 사용)	F042	8
	206. 관상동맥우회로조성술(심도자술사용,인공심장폐장치 미사용)	F043	8
	207. 관상동맥우회로조성술(심도자술미사용,인공심장폐장치 미사용)	F044	8
기타 심흉부 수술	208. 기타심흉부수술(인공심장폐장치사용)	F053	7
	209. 기타심흉부수술(인공심장폐장치미사용)	F054	5
주요혈관복구수술 (인공심장폐장치사용)	210. 파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치사용)	F061	8
	211. 비파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치사용)	F062	8
	212. 기타주요혈관복구수술(인공심장폐장치사용)	F063	8
주요혈관복구수술 (인공심장폐장치미사용)	213. 파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치미사용)	F071	8
	214. 비파열동맥류또는대동맥축착교정술(인공심장폐장치미사용)	F072	8
	215. 기타주요혈관복구수술(인공심장폐장치미사용)	F073	7
대동맥 경피적 수술	216. 복부대동맥및장골동맥류경피적수술(파열미동반)	F081	4
	217. 복부대동맥및장골동맥류경피적수술(파열동반)	F082	4
	218. 흉부대동맥류경피적수술	F083	4
	219. 대동맥박리경피적수술	F084	4
정맥 및 대정맥 경피적 수술	220. 심부정맥혈전증경피적수술	F091	4
	221. 대정맥필터설치를위한경피적수술	F092	4
경도관 심장결손 폐쇄술	222. 경도관심방중격결손폐쇄술	F101	4
	223. 경도관동맥관개존증폐쇄술	F102	4
	224. 기타경도관심장결손폐쇄술	F103	4
급성심근경색증의 경피적관상동맥수술 (심각한합병증동반)	225. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증동반, 단일혈관)	F111	4
	226. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증동반, 다발혈관)	F112	4
급성심근경색증의 경피적관상동맥수술 (심각한합병증미동반)	227. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증미동반, 단일혈관)	F121	4
	228. 급성심근경색증의경피적관상동맥수술(심각한합병증미동반, 다발혈관)	F122	4
급성 심근경색증이	229. 급성심근경색증이아닌기타경피적관상동맥수술	F133	4

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
아닌 기타 경피적 관상동맥 수술	(단일혈관, 만성폐쇄성병변의경우제외)		
	230. 급성심근경색증이나닌기타경피적관상동맥수술 (단일혈관, 만성폐쇄성병변의경우포함)	F134	4
	231. 급성심근경색증이나닌기타경피적관상동맥수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의경우제외)	F135	4
	232. 급성심근경색증이나닌기타경피적관상동맥수술 (다발혈관, 만성폐쇄성병변의경우포함)	F136	4
부정맥의경피적수술 (3차원지도화기능포함)	233. 심실빈맥전극도자절제술(3차원지도화기능포함)	F141	4
	234. 심방세동전극도자절제술(3차원지도화기능포함)	F142	4
	235. 발작성심실상빈맥및심방조동전극도자절제술 (3차원지도화기능포함)	F143	4
부정맥의경피적수술 (3차원지도화기능 미포함)	236. 심실빈맥전극도자절제술(3차원지도화기능미포함)	F151	4
	237. 심방세동전극도자절제술(3차원지도화기능미포함)	F152	4
	238. 발작성심실상빈맥및심방조동전극도자절제술 (3차원지도화기능미포함)	F153	4
경피적 풍선 판막 성형술	239. 경피적승모판풍선판막성형술	F161	4
	240. 경피적대동맥또는폐동맥풍선판막성형술	F162	4
혈관 기형의 경피적 수술	241. 동정맥기형의경피적색전술(두경부제외)	F181	4
	242. 관상동맥및폐동맥기형의경피적색전술(두경부제외)	F182	4
말초동맥의 경피적 수술	243. 말초동맥색전증및혈전증의경피적수술	F192	4
	244. 말초동맥동맥류및박리의경피적수술	F193	4
	245. 말초동맥만성폐쇄성질환의경피적수술,여러개	F194	4
	246. 말초동맥만성폐쇄성질환의경피적수술,한개	F195	4
기타 경피적 심혈관 수술	247. 기타경피적심혈관수술	F200	4
체내심박조율기설치술 (급성심근경색증, 심부전,쇼크의경우)	248. 영구적심박조율기설치술	F211	5
	249. 영구적심박조율기교환술	F212	5
	250. 심박조율기제거및교환술	F213	1
기타 혈관 복구 수술	251. 기타혈관복구수술	F220	2
순환장애절단술 (수족부제외)	252. 순환장애절단술(수족부제외)	F230	7
순환 장애 수족부 절단술	253. 순환장애수족부절단술	F240	3
정맥 결찰 및 스트리핑	254. 정맥류광범위절제술(여러개)	F253	1
	255. 정맥류광범위절제술(한개)	F254	1
	256. 정맥류국소절제술	F252	1
기타 순환기계 수술	257. 기타순환기계수술	F260	1

구분	수술 및 사술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
식도 수술	258. 식도악성종양근치수술및식도재건술	G011	7
	259. 기타주요식도수술	G012	5
	260. 기타단순식도수술	G013	4
직장절제술 (림프절절제동반)	261. 복강경을이용한직장절제술(림프절절제동반)	G021	7
	262. 개복에의한직장절제술(림프절절제동반)	G022	7
직장절제술 (림프절절제미동반)	263. 복강경을이용한직장절제술(림프절절제미동반)	G031	7
	264. 개복에의한직장절제술(림프절절제미동반)	G032	7
경향문 및 경천골 접근 직장절제술	265. 경향문및경천골접근직장절제술(악성종양의경우)	G041	7
	266. 경향문및경천골접근직장절제술(악성종양제외)	G042	7
주요십이지장수술	267. 주요십이지장수술	G050	7
식도정맥류수술	268. 식도정맥류수술	G060	5
위전절제술	269. 복강경을이용한위전절제술	G071	7
	270. 개복에의한위전절제술	G072	7
위아전절제술	271. 복강경을이용한위아전절제술	G081	7
	272. 개복에의한위아전절제술	G082	7
기타 위절제술	273. 복강경을이용한기타위절제술	G091	5
	274. 개복에의한기타위절제술	G092	5
	275. 복강경을이용한기타설상절제술	G093	5
	276. 개복에의한기타설상절제술	G094	5
소화성 궤양 수술	277. 복강경을이용한소화성궤양수술	G101	4
	278. 개복에의한소화성궤양수술	G102	4
기타 위 및 식도 수술	279. 복강경을이용한기타위및식도수술	G111	4
	280. 개복에의한기타위및식도수술	G112	4
결장 및 직장 전 절제술	281. 복강경을이용한결장및직장전절제술	G121	7
	282. 개복에의한결장및직장전절제술	G122	7
결장절제술 (림프절절제동반)	283. 복강경을이용한결장절제술(림프절절제동반)	G131	7
	284. 개복에의한결장절제술(림프절절제동반)	G132	7
결장절제술 (림프절절제미동반)	285. 복강경을이용한결장절제술(림프절절제미동반)	G141	5
	286. 개복에의한결장절제술(림프절절제미동반)	G142	5
기타 대장 수술	287. 복강경을이용한기타대장수술	G151	4
	288. 개복에의한기타대장수술	G152	4
소장 및 장간막 수술	289. 복강경을이용한주요소장및장간막수술	G171	5
	290. 개복에의한주요소장및장간막수술	G172	5
	291. 장폐색수술및기타장수술	G173	3
장루 수술	292. 장루수술	G180	3

구분	수술 및 수술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
횡격막 탈장 수술	293. 횡격막탈장수술	G190	4
탈장수술,서혜 및 대퇴부제외	294. 복강경을이용한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제동반)	G201	1
	295. 개복에의한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제동반)	G202	1
	296. 복강경을이용한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제미동반)	G203	1
	297. 개복에의한탈장수술,서혜및대퇴부제외(장절제미동반)	G204	1
총수절제술	298. 복강경을이용한총수절제술(복잡주진단의경우)	G211	3
	299. 복강경을이용한총수절제술(복잡주진단이하인경우)	G212	3
	300. 개복에의한총수절제술(복잡주진단의경우)	G213	3
	301. 개복에의한총수절제술(복잡주진단이하인경우)	G214	3
재발 서혜 및 대퇴부 탈장 수술	302. 복강경을이용한재발서혜및대퇴부탈장수술,한쪽	G221	1
	303. 복강경을이용한재발서혜및대퇴부탈장수술,양쪽	G222	1
	304. 개복에의한재발서혜및대퇴부탈장수술,한쪽	G223	1
	305. 개복에의한재발서혜및대퇴부탈장수술,양쪽	G224	1
서혜 및 대퇴부 탈장수술(장절제동반)	306. 서혜및대퇴부탈장수술(장절제동반)	G230	1
복강경을 이용한 서혜 및 대퇴부 탈장수술(장절제미동반)	307. 복강경을이용한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),한쪽	G241	1
	308. 복강경을이용한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),양쪽	G242	1
개복에의한서혜및대 퇴부탈장수술 (장절제미동반)	309. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술 (장절제미동반,복잡주진단의경우),한쪽	G251	1
	310. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술 (장절제미동반,복잡주진단이하인경우),한쪽	G252	1
	311. 개복에의한서혜및대퇴부탈장수술(장절제미동반),양쪽	G253	1
복수 항문 수술	312. 복수항문수술	G260	1
치핵 수술	313. 주요치핵수술	G271	1
	314. 단순치핵수술	G272	1
항문 주위 농양 수술	315. 주요항문주위농양수술	G281	1
	316. 단순항문주위농양수술	G282	1
치루 수술	317. 주요치루수술	G291	1
	318. 단순치루수술	G292	1
치열 수술 및 항문협착증 수술	319. 치열수술및항문협착증수술	G300	1
경항문 및 질접근 수술	320. 직장질루수술	G311	1
	321. 직장탈출증수술및괄약근성형술(직장류교정술포함)	G312	1
화농성한선염 수술	322. 화농성한선염수술	G320	1
기타 소화기계 수술	323. 기타소화기계수술	G332	1

구분	수술 및 수술명	수술 수술 코드	수술 수술 종류
소화기계 질환의 혈관색전술	324. 소화기계질환의혈관색전술	G340	3
위내시경 시술	325. 위내시경시술(주요소화기질환의경우)	G503	1
	326. 위내시경시술(주요소화기질환이아닌경우)	G504	1
	327. 위내시경시술,당일퇴원	G505	1
결장경 시술	328. 결장경시술(주요소화기질환의경우)	G523	1
	329. 결장경시술(주요소화기질환이아닌경우)	G524	1
	330. 결장경시술,당일퇴원	G525	1
구불결장경 시술	331. 구불결장경시술	G531	1
	332. 구불결장경시술,당일퇴원	G532	1
소화기내시경시술,화 학요법을동반한경우, 재원기간2일이상	333. 소화기내시경시술,화학요법을동반한경우,재원기간2일이상	G540	1
소장내시경 시술	334. 소장내시경시술	G550	1
소화관 협착을 위한 방사선하 시술	335. 소화관협착을위한방사선하시술	G560	2
소화기계 질환의 경피적 배액술	336. 소화기계질환의경피적배액술	G570	2
간담도췌장 복합수술	337. 간담도췌장복합수술	H010	7
간담도 복합수술	338. 주요간담도복합수술	H021	7
	339. 기타간담도복합수술	H022	5
담도췌장 복합수술	340. 담도췌장복합수술	H030	7
간 절제술	341. 복강경을이용한주요간절제술	H041	7
	342. 개복에의한주요간절제술	H042	7
	343. 복강경을이용한기타간절제술	H043	5
	344. 개복에의한기타간절제술	H044	5
간 수술	345. 복강경을이용한간수술	H051	4
	346. 개복에의한간수술	H052	4
간담도계 질환 치료를 위한 단락술	347. 간담도계질환치료를위한단락술	H060	4
담도절제술 (림프절절제동반)	348. 복강경을이용한담도절제술(림프절절제동반)	H071	7
	349. 개복에의한담도절제술(림프절절제동반)	H072	7
담도절제술 (림프절절제미동반)	350. 복강경을이용한담도절제술(림프절절제미동반)	H081	5
	351. 개복에의한담도절제술(림프절절제미동반)	H082	5
주요 담도 수술	352. 복강경을이용한주요담도수술	H091	5
	353. 개복에의한주요담도수술	H092	5

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
담낭절제술	354. 복강경을이용한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술동반)	H101	4
	3N5. 개복에의한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술동반)	H102	4
	356. 복강경을이용한담낭절제술(총수담관탐구술동반)	H103	4
	357. 개복에의한담낭절제술(총수담관탐구술동반)	H104	4
	358. 복강경을이용한담낭절제술(경피적담낭조루술동반)	H105	4
	359. 개복에의한담낭절제술(경피적담낭조루술동반)	H106	4
	360. 복강경을이용한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술미동반)	H107	4
	361. 개복에의한담낭절제술 (총수담관탐구술및경피적담낭조루술미동반)	H108	4
췌장절제술	362. 복강경을이용한췌장절제술	H111	7
	363. 개복에의한췌장절제술	H112	7
췌장 수술	364. 복강경을이용한췌장수술	H121	4
	365. 개복에의한췌장수술	H122	4
기타 간담도 및 췌장 시술	366. 역행성담췌관내시경시술	H142	3
	367. 담석제거를위한체외충격파쇄석술	H143	1
	368. 기타간담도및췌장수술	H144	3
	369. 경피적담관경시술	H145	3
	370. 경피적담관시술	H146	3
간담도 및 췌장의 경피적 시술	371. 경피적혈관시술(간의악성종양제외)	H152	3
	372. 담도협착을위한경피적시술	H154	3
	373. 담석제거를위한경피적시술	H155	3
	374. 경피적혈관시술(간의악성종양의경우),소작술동반	H156	6
	375. 경피적혈관시술(간의악성종양의경우),소작술미동반	H157	6
출혈성 정맥류에 대한 내시경 시술	376. 출혈성정맥류에대한내시경시술	H500	1
간암의 경피적 치료술	377. 간암의경피적치료술	H510	6
간담도 및 췌장 질환의 경피적 배액술	378. 간담도및췌장질환의경피적배액술	H520	3
양쪽 또는 복수 주요 관절 수술	379. 양쪽또는복수주요관절수술(치환술의경우)	I011	4
	380. 양쪽또는복수주요관절수술(치환술제외)	I012	3
고관절 재치환술 및 치환술	381. 고관절전재치환술	I021	4
	382. 고관절전치환술	I022	4

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
	383. 고관절부분치환술	I023	4
슬관절 재치환술 및 치환술	384. 슬관절전재치환술	I031	3
	385. 슬관절전치환술	I032	3
	386. 슬관절부분치환술	I033	3
기타 관절 재치환술 및 치환술	387. 기타관절전재치환술	I041	2
	388. 기타관절전치환술	I042	2
	389. 기타관절부분치환술	I043	2
	390. 인공관절삽입물제거술	I044	2
혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술	391. 혈관부착골피부판이식및사지재접합술	I050	4
척추강내 병소절제술	392. 척수내종양절제술	I061	6
	393. 척추강내병소절제술(척수병증동반)	I062	6
	394. 척추강내병소절제술(척수병증미동반)	I063	6
	395. 척추강내병소절제술(척추고정술동반)	I064	6
척추변형 척추고정술	396. 청소년기척추변형척추고정술	I071	5
	397. 성인기척추변형척추고정술(감압술동반)	I072	5
	398. 성인기척추변형척추고정술(감압술미동반)	I073	5
기타 척추 수술	399. 척추고정술(척수병증동반)	I081	4
	400. 척추고정술(척수병증미동반)	I082	4
	401. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증동반)	I083	2
	402. 척추후궁절제술및추간판제거술(척수병증미동반)	I084	2
	403. 기타척추수술(척수병증동반)	I085	1
	404. 기타척추수술(척수병증미동반)	I086	1
척추 증재시술	405. 척추증재시술(뼈에시행한경우)	I091	1
	406. 척추증재시술(신경에시행한경우)	I092	1
신경절술 및 척추강내 약물주입 펌프이식술	407. 척수신경자극기및약물주입펌프의설치술또는교환술	I101	3
	408. 척수신경자극기및약물주입펌프의시험적거치술또는제거술	I102	1
절단술	409. 주요절단술	I111	7
	410. 기타절단술	I112	3
골종양의 절제술	411. 골악성종양의광범위절제술(재건술동반)	I121	7
	412. 골악성종양의광범위절제술(골반골,대퇴골,하퇴골)	I122	7
	413. 골악성종양의광범위절제술(기타)	I123	7
	414. 골양성종양의소파술또는절제술	I124	2
골수염 및 농양 수술	415. 골수염및농양수술(골반골,대퇴골,하퇴골,상완골,전완골,	I131	2

구분	수술 및 수술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
	쇄골)		
	416. 골수염및농양수술(기타)	I132	1
	417. 근농양배농술	I133	1
고관절 및 대퇴부 수술	418. 양쪽또는복수고관절및대퇴부수술	I141	3
	419. 한쪽고관절및대퇴부수술	I142	2
상완골, 경골및비골수술	420. 상완골, 경골및비골수술	I160	2
단단성형술	421. 단단성형술(수족지제외)	I171	2
	422. 단단성형술(수족지)	I172	2
견부 수술	423. 회전근개수술	I181	1
	424. 관절와순수술	I182	1
	425. 복수진단견부수술	I183	1
	426. 기타견부수술	I184	1
슬부 수술	427. 십자인대수술	I191	1
	428. 반달연골수술,양쪽	I192	1
	429. 반달연골수술,한쪽	I193	1
	430. 기타슬관절수술	I194	1
주관절 및 전완부 수술	431. 주관절및전완부수술	I200	1
족부 및 족관절 수술	432. 족부및족관절힘줄인대수술	I211	1
	433. 족관절골연골병변수술	I212	1
	434. 기타족부및족관절수술	I213	1
체내고정장치 제거술	435. 체내고정장치제거술	I220	1
완관절 및 수부 수술	436. 주요완관절및수부수술	I251	1
	437. 단순완관절및수부수술	I252	1
미세혈관 조직이식 또는 피부이식	438. 미세혈관조직이식	I261	3
	439. 기타피판술	I262	2
	440. 피부및지방이식술	I263	2
연조직 수술	441. 복잡한연조직수술	I271	1
	442. 주요연조직수술	I272	1
	443. 단순연조직수술	I273	1
기타 골절 수술	444. 골반및비구골절수술	I281	3
	445. 대퇴부골절수술	I282	3
	446. 슬관절및하퇴골절수술	I283	3
	447. 족관절및족부골절수술	I284	2

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
	448. 건부및상안골골절수술	I285	3
	449. 전안부골절수술	I286	2
	450. 수부골절수술	I287	1
기타 결합조직 수술	451. 기타결합조직수술	I290	1
복잡 인공관절치환술	452. 복잡양쪽또는복수인공관절치환술	I301	4
	453. 복잡인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I302	4
	454. 복잡인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I303	2
	455. 복잡인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)	I304	4
	456. 복잡인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)	I305	2
	457. 복잡인공관절부분치환술	I306	3
복잡 척추 수술	458. 복잡척추고정술	I311	4
	459. 복잡척추후궁절제술	I312	2
복잡 관절 수술	460. 복잡사지골절정복술	I321	2
	461. 복잡관절고정술	I322	2
	462. 복잡사지관절절제술	I323	1
	463. 복잡가관절수술	I324	2
	464. 복잡반월판연골절제술	I325	1
복잡 근골격계 염증성 질환 수술	465. 복잡화농성관절염절개술	I331	1
	466. 복잡골수염및농양수술	I332	1
근골격계 질환의 경피적 배액술	467. 근골격계질환의경피적배액술	I500	1
피부, 피하조직및유방 질환에대한미세혈관 조직이식	468. 피부, 피하조직및유방질환에대한미세혈관조직이식	J010	3
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염의경우)	469. 피판술(피부궤양, 봉소염의경우)	J021	2
	470. 피부이식술(피부궤양, 봉소염의경우)	J022	2
피판술, 피부이식술 및 변연절제술 (피부궤양, 봉소염제외)	471. 피판술(피부궤양, 봉소염제외)	J031	2
	472. 피부이식술(피부궤양, 봉소염제외)	J032	2
기타피부, 피하조직수술	473. 피부및연조직악성종양적제술	J041	4
	474. 피부및연조직수술	J042	1
	475. 기타피부, 피하조직수술	J043	1
유방재건술	476. 자가조직을이용한유방재건술	J051	3
	477. 보형물을이용한유방재건술	J052	3
주요 유방 수술	478. 근치유방절제술	J061	7
	479. 유방절제술(악성종양의경우)	J062	7

구분	수술 및 사술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
	480. 유방절제술(악성종양제외)	J063	2
단순 유방 수술	481. 진공흡입보조장치를이용한단순유방수술	J071	1
	482. 절개에의한단순유방수술	J072	1
액와 수술	483. 액와수술(악성종양의경우)	J081	4
	484. 액와수술(악성종양제외)	J082	1
기타유방 및 액와수술	485. 기타유방 및 액와수술	J090	1
항문 주위 및 모소 수술	486. 항문주위및모소수술	J100	1
	487. 교감신경절제술	J110	2
내분비,영양 및 대사장애절단술	488. 내분비, 영양및대사장애절단술(수족부제외)	K011	7
	489. 내분비, 영양및대사장애수족부절단술	K012	3
뇌하수체 수술	490. 천막상부종양절제술	K021	8
	491. 복잡경비적뇌하수체종양절제술	K023	8
	492. 단순경비적뇌하수체종양절제술	K024	8
부신 수술	493. 복강경을이용한부신수술	K031	4
	494. 개복에의한부신수술	K032	4
내분비,영양 및 대사장애 피부이식 및 상처변연절제술	495. 내분비, 영양및대사장애유리피판술	K041	2
	496. 내분비, 영양및대사장애기타피판술	K042	2
	497. 내분비, 영양및대사장애피부이식술	K043	2
부갑상선 수술	498. 내시경을이용한부갑상선수술	K051	2
	499. 절개에의한부갑상선수술	K052	2
주요 갑상선 악성 종양 수술	500. 주요갑상선악성종양수술(양쪽)	K063	4
	501. 주요갑상선악성종양수술(한쪽)	K064	4
주요 갑상선 악성 종양 제외 수술	502. 주요갑상선악성종양제외수술(양쪽)	K075	2
	503. 주요갑상선악성종양제외수술(한쪽)	K076	2
기타 갑상선 수술	504. 기타갑상선수술	K080	1
기타내분비,영양및대 사장애수술	505. 복강경을이용한비만대사수술	K091	1
	506. 개복에의한비만대사수술	K092	1
	507. 기타내분비, 영양및대사장애수술	K490	1
복막투석 도관 삽입술	508. 복막투석도관삽입술	L010	2
신장 및 비뇨기계 신생물 수술	509. 주요신장, 신우및요관신생물수술	L021	7
	510. 기타신장, 신우및요관신생물수술	L022	7
	511. 주요방광및골반신생물수술	L023	7
	512. 기타방광, 골반및요도신생물수술	L024	5
	513. 경요도요관및방광신생물수술	L025	4

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
	514. 전립선신생물수술	L026	4
	515. 복강경을이용한신장및비뇨기계신생물수술	L027	7
신장 및 신우 수술	516. 복강경을이용한신장및신우수술	L031	4
	517. 개복에의한신장및신우수술	L032	4
	518. 경피적신장및신우수술,한쪽	L033	3
	519. 경피적신장및신우수술,양쪽	L034	3
요관 수술	520. 요관수술	L040	2
방광 수술	521. 개복에의한방광수술	L051	4
	522. 경피적방광수술	L052	2
	523. 경요도방광수술	L053	1
전립선 수술	524. 전립선수술	L060	2
요도 수술	525. 주요요도수술	L071	1
	526. 요도경하요도수술	L072	1
	527. 기타요도수술	L073	1
	528. 복잡요실금수술	L074	1
	529. 단순요실금수술	L075	1
요로 결석 수술	530. 복강경을이용한요로결석수술	L081	4
	531. 신장,신우및요관결석수술	L082	4
	532. 경요도적요관결석수술	L083	2
	533. 방광및요도결석수술	L084	4
	534. 연성내시경하수술	L085	2
요로결석 제거를 위한 체외충격파쇄석술	535. 요로결석제거를위한체외충격파쇄석술,복잡	L091	1
	536. 요로결석제거를위한체외충격파쇄석술,단순	L092	1
신장 및 비뇨기 질환의 신경 자극기 설치술	537. 신장및비뇨기질환의신경자극기설치술	L101	3
	538. 신장및비뇨기질환의시험적거치술	L102	1
요로 질환 수술	539. 경요도로질환수술	L111	1
	540. 외상및감염성요로질환수술	L112	1
기타 신장 및 비뇨기 질환의 경피적 시술	541. 기타신장및비뇨기질환의경피적시술	L120	2
기타 신장 및 비뇨기계 시술	542. 혈액투석을위한단락또는동정맥루조성술	L131	2
	543. 혈액투석동정맥루의경피적수술,복잡	L132	2
	544. 혈액투석동정맥루의경피적수술,단순	L133	2
	545. 기타신장및비뇨기계시술	L134	1
방광요도경 시술	546. 방광요도경시술	L510	1

구분	수술 및 시술명	수술 사술 코드	수술 시술 종류
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 배액술	547. 신장및비뇨기질환의경피적배액술	L520	1
신장 및 비뇨기 질환의 경피적 경화술	548. 신장및비뇨기질환의경피적경화술	L530	1
남성 골반 수술	549. 남성골반수술	M010	1
전립선 적출술	550. 주요전립선적출술	M021	4
	551. 기타전립선적출술	M022	3
기타 전립선 수술	552. 기타전립선수술	M030	1
음경 수술	553. 복잡음경수술	M041	1
	554. 단순음경수술	M042	1
	555. 페이로니병수술	M043	1
포경 수술	556. 포경수술	M050	1
요도 수술	557. 주요요도수술	M061	1
	558. 단순요도수술	M062	1
음낭 수술	559. 복잡음낭수술	M071	1
	560. 단순음낭수술	M072	1
고환 수술	561. 복강경을이용한복잡고환수술	M081	4
	562. 개복에의한복잡고환수술	M082	4
	563. 단순고환수술	M083	1
기타 고환 수술 및 생식기 적출술	564. 복강경을이용한정계정맥류	M091	4
	565. 개복에의한정계정맥류	M092	4
	566. 고환및생식기적출술	M093	7
기타 남성생식기계 시술	567. 기타남성생식기계시술(약성종양의경우)	M101	4
	568. 기타남성생식기계시술(약성종양제외)	M102	1
방광요도경 시술	569. 방광요도경시술	M500	1
자궁수술 (약성종양의경우)	570. 복강경을이용한자궁수술(약성종양의경우)	N011	7
	571. 개복에의한자궁수술(약성종양의경우)	N012	7
주요자궁절제술 (약성종양제외)	572. 복강경을이용한주요자궁절제술(약성종양제외)	N021	2
	573. 개복에의한주요자궁절제술(약성종양제외)	N022	2
단순자궁수술 (약성종양제외)	574. 복강경을이용한단순자궁수술(약성종양제외)	N031	2
	575. 개복에의한단순자궁수술(약성종양제외)	N032	2
난소및부속기수술 (약성종양의경우)	576. 복강경을이용한난소및부속기수술(약성종양의경우)	N041	7
	577. 개복에의한난소및부속기수술(약성종양의경우)	N042	7
난소수술	578. 복강경을이용한난소수술(약성종양제외)	N051	2

구분	수술 및 사술명	수술 사술 코드	수술 사술 종류
(악성종양제외)	579. 개복에의한난소수술(악성종양제외)	N052	2
부속기수술 (악성종양제외)	580. 복강경을이용한부속기수술(악성종양제외)	N061	2
	581. 개복에의한부속기수술(악성종양제외)	N062	2
자궁경부, 질및외음부 수술(악성종양의경우)	582. 복강경을이용한자궁경부, 질및외음부수술(악성종양의경우)	N071	6
	583. 개복에의한자궁경부, 질및외음부수술(악성종양의경우)	N072	6
자궁경부, 질및외음부 수술(악성종양제외)	584. 복강경을이용한자궁경부, 질및외음부수술(악성종양제외)	N081	1
	585. 자궁경부, 질및외음부수술(악성종양제외)	N082	1
기타 골반 수술 복원술	586. 복강경을이용한기타골반수술	N091	1
	587. 개복에의한기타골반수술	N092	1
주요 여성생식기계 복원술	588. 복강경을이용한주요여성생식기계복원술	N101	1
	589. 개복에의한주요여성생식기계복원술	N102	1
기타 여성생식기계 복원술	590. 기타여성생식기계복원술	N110	1
복강경 수술 및 기타 난관 결찰술	591. 복강경수술	N121	1
자궁경 수술	592. 자궁경수술	N130	1
자궁소파술	593. 치료적자궁소파술	N141	1
기타 여성생식기계 수술	594. 복강경을이용한기타여성생식기계수술	N161	1
	595. 개복에의한기타여성생식기계수술	N162	1
여성생식기계 경피적 혈관 수술	596. 여성생식기계경피적혈관수술	N180	2
제왕절개분만(단태아)	597. 일반제왕절개분만(단태아)	O011	1
	598. 고위험제왕절개분만(단태아)	O012	1
	599. 질식분만시도후제왕절개분만(단태아)	O013	1
제왕절개분만(다태아)	600. 질식분만시도후제왕절개분만(다태아)	O022	1
	601. 일반제왕절개분만(다태아)	O023	1
	602. 고위험제왕절개분만(다태아)	O024	1
자궁외 임신 주요 수술	603. 복강경을이용한자궁외임신주요수술	O081	4
	604. 개복에의한자궁외임신주요수술	O082	4
자궁외 임신 기타 수술	605. 복강경을이용한자궁외임신기타수술	O091	4
	606. 개복에의한자궁외임신기타수술	O092	4
자궁경관봉축술	607. 치료적자궁경관봉축술	O102	1
분만 및 유산 후 관련장애(수술시행)	608. 분만및유산후관련장애(수술시행)	O110	1
자궁소파술 및 흡인소파술	609. 자궁소파술및흡인소파술	O120	1

구분	수술 및 수술명	수술 수술 코드	수술 수술 종류
분만 및 유산 관련 자궁적출술	610. 분만및유산관련자궁적출술	O130	2
비장 절제술	611. 성인의복강경을이용한비장절제술	Q012	4
	612. 성인의개복에의한비장절제술	Q013	4
림프종및백혈병 (주요수술시행)	613. 림프종및백혈병(주요수술시행)	R010	4
기타신생물질환 (주요수술시행)	614. 기타신생물질환(주요수술시행)	R020	4
다발성 중요 외상 치료목적의 개두술	615. 다발성중요외상치료목적의개두술	W010	8
다발성 중요 외상 치료목적의 근골격계 주요 수술	616. 다발성중요외상치료목적의근골격계주요수술	W020	5
다발성 중요 외상 치료목적의 복부 수술	617. 다발성중요외상치료목적의복부수술	W030	6
다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	618. 다발성중요외상치료목적의기타수술	W040	4
하지 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	619. 하지손상의미세혈관조직이식	X011	3
	620. 하지손상의국소피판및피부이식	X012	2
수부 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	621. 수부손상의미세혈관조직이식	X021	3
	622. 수부손상의국소피판및피부이식	X022	2
기타 손상의 미세혈관 조직이식 및 피부이식	623. 기타손상의미세혈관조직이식및피부이식	X030	3
하지 손상의 기타 수술	624. 하지손상의골및관절수술	X041	2
	625. 하지손상의기타수술	X042	1
수부 손상의 기타 수술	626. 수부손상의골및관절수술	X051	2
	627. 수부손상의기타수술	X052	1
기타 손상의 수술	628. 기타손상의수술	X060	1
중증화상 (피부이식동반)	629. 중증화상(피부이식동반)	Y010	5
중등도화상 (피부이식혹은흡입손 상을동반)	630. 중등도화상(피부이식혹은흡입손상동반)	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)를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60” ~ “99”에 해당하는 경우

[예시]

「ADRG」가 “B601”의 경우 첫번째 자리(알파벳(B))를 제외하고 2,3번째 자리에 해당하는 숫자가 “60”이므로 이 특별약관에서 보장하지 않습니다.

2. 아래 표에 기재된 「ADRG」

수술 시술 코드	수술 및 시술명
B501	치료적 성분채집술
B502	신경계 면역요법
B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시
B520	자기뇌파검사 지도화
D070	코성형술
D180	구순열 및 구개열 수술
D191	치조골 수술
D192	구강내 점막수술
D193	단순 혀 수술
D300	발치
D502	치아 보존치료
E031	호흡기 질환을 위한 진단적 시술
E501	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 동반)
E502	침습적 인공호흡기 96시간 이상(신대체요법 미동반)
E511	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 동반)
E512	침습적 인공호흡기 96시간 미만(신대체요법 미동반)
E540	경기관지 폐생검
E550	폐흉부질환의 침습인 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 역행성담체관내시경
I230	관절경검사
I240	생검을 포함한 골과 관절의 진단적 수술
I510	근골격계 질환의 침생검
J053	유두 및 유륜재건술
J500	유방 질환의 침흡인생검
K500	갑상선 질환의 침흡인생검
L113	선천성 요로 질환 수술
L500	요관경검사
M094	정관 수술
M510	전립선 생검
N122	복강경 검사 및 기타 난관 결찰술
N142	진단적 자궁소파술
N151	복강경을 이용한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N152	개복에 의한 여성생식기계 질환을 위한 진단적 수술
N170	방사선원삼입요법(악성종양의 경우)
O041	일반 질식분만(초산)
O042	고위험 질식분만(초산)
O051	일반 질식분만(경산)
O052	고위험 질식분만(경산)
O061	제왕절개술 기왕력이 있는 일반 질식분만
O062	제왕절개술 기왕력이 있는 고위험 질식분만
O073	질식분만(복합 수술 동반)
O101	예방적 자궁경관봉축술
O141	분만 및 유산 관련 경피적 혈관 수술
O142	산욕기 관련 기타 경피적 혈관 수술
P010	입원후 5일 미만에, 사망하거나 전원된 신생아(중요 수술 시행)
P020	신생아를 대상으로 한 심흉복부/혈관 수술
P030	신생아, 입원시 체중 < 750g(중요 수술 시행)
P040	신생아, 입원시 체중 750-999g(중요 수술 시행)
P050	신생아, 입원시 체중 1000-1249g(중요 수술 시행)

P060	신생아, 입원시 체중 1250-1499g(중요 수술 시행)
P070	신생아, 입원시 체중 1500-1999g(중요 수술 시행)
P080	신생아, 입원시 체중 2000-2499g(중요 수술 시행)
P090	신생아, 입원시 체중 > 2499g(중요 수술 시행)
Q011	소아의 비장 절제술
Q020	기타 혈액 및 조혈기관 수술
R030	림프종 및 백혈병(기타 수술 시행)
R040	기타 신생물 질환(기타 수술 시행)
R500	치료적 성분채집술
T011	패혈증 수술(합병증 동반)
T012	패혈증 수술(합병증 미동반)
T013	외상 후 감염 수술
T014	수술 후 감염 수술
T015	기타 감염 질환 수술
U010	정신장애 치료목적의 수술
W050	다발성 중요 외상 치료목적의 복부 혈관색전술
Y030	기타 화상(피부이식 동반)
Z010	기타 보건의료서비스에 관한 수술

3. 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」에서 규정한 “Error DRG” 및 “960 DRG”
 - Error DRG : 961, 962, 963, 990, 999

※ “Error DRG”라 함은 “주진단 범주(MDC)”와 일치하지 않는 수술 등을 뜻합니다.

【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, 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에서 정의된 분류번호 기준이며, 향후 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호가 변경된 경우에는 변경전 ADRG코드 및 수가코드, 분류번호에 준하여 수술시술코드 및 ADRG를 결정합니다.

【별표36】 뇌혈관특정질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관특정질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	164
2. 기타 뇌혈관질환	167
3. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	168*
4. 뇌혈관질환의 후유증	169

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표37】 심혈관특정질환 I 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환 I 으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	120
2. 기타 급성 허혈심장질환	124
3. 만성 허혈심장병	125
4. 발작성 빈맥	147
5. 심방세동 및 조동	148
6. 기타 심장부정맥	149
7. 심부전	150

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표38】 심혈관특정질환 II 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환 II 으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
4. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표39】 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외) 분류표

약관에 규정하는 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 기타 급성 허혈심장질환	I24
3. 만성 허혈심장병	I25
4. 발작성 빈맥	I47
5. 심방세동 및 조동	I48
6. 심부전	I50

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표40】 급여 장루조성술 분류표

약관에 규정하는 급여 장루조성술로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가

치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
1. 장루조성술[인공항문조성술] - 튜브형	Q2791
2. 장루조성술[인공항문조성술] - 루프형	Q2792
3. 장루조성술[인공항문조성술] - 말단형	Q2793
4. 장루조성술[인공항문조성술] - 이중말단형	Q2794
5. 장루조성술[인공항문조성술] - 장루교정술	Q2795
6. 장루조성술[인공항문조성술] - 장루교정술(루프형 회장루 교정술)	Q2796
7. 장루조성술[인공항문조성술] - 장루교정술(루프형 결장루 교정술)	Q2797
8. 장루조성술[인공항문조성술] - 장루교정술(말단 회장루 또는 말단 결장루 교정술)	Q2798
9. 결장절제술 - 결장절제술 및 결장루, 원위장 폐쇄 [하트만 수술](림프절 청소를 포함하는 것)	QA679
10. 결장절제술 - 결장절제술 및 결장루, 원위장 폐쇄 [하트만 수술](림프절 청소를 포함하지 않는 것)	Q2679
11. 결장 및 직장 전 절제술 - 회장루 동시 실시(림프절 청소를 포함하는 것)	QA925
12. 결장 및 직장 전 절제술 - 회장루 동시 실시(림프절 청소를 포함하지 않는 것)	Q2925

【별표41】 특정뇌동맥질환 분류표

약관에 규정하는 특정뇌동맥질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
파열되지 않은 대뇌동맥의 박리	167.0
파열되지 않은 대뇌동맥류	167.1

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표42】 뇌전증 분류표

약관에 규정하는 뇌전증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 뇌전증	G40
2. 뇌전증지속상태	G41

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표43】 심근병증 분류표

약관에 규정하는 심근병증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 심근병증	I42
2. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표44】 파킨슨병 분류표

약관에 규정하는 파킨슨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 파킨슨병	G20
2. 파킨슨병에서의 치매(G20 †)	F02.3*

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표45】 급여 혈관색전술 분류표

약관에 규정하는 급여 혈관색전술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

진료행위	진료행위코드
뇌혈관[척추포함] 동맥류 - 보조물지지	M1661
뇌혈관[척추포함] 동맥류 - 기타의 경우	M1662

【별표46】 급여 관상동맥성형술 분류표

약관에 규정하는 급여 관상동맥성형술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	코드
경피적 관상동맥확장술	단일혈관	M6551
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술 [일차적중재술 등]	M6553
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술	M6554
	추가혈관	M6552
경피적 관상동맥스텐트삽입술	단일혈관	M6561
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6563
	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 [일차적중재술 등]	M6565
	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6566
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6567
	추가혈관	M6562
	경피적 관상동맥확장술(PTCA) 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시에 시술한 경우	M6564
경피적 관상동맥죽상반절제술	단일혈관	M6571
	추가혈관	M6572

【별표47】 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술 분류표

약관에 규정하는 급여 심장부정맥고주파·냉각절제술로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
부정맥의 고주파절제술	부정맥의 고주파절제술	
	상심실성 부정맥	M6541
	상심실성 부정맥 - 중격천자	M6544
	심방세동	M6542
	심방세동 - 중격천자	M6545
	심방세동 - 하대정맥-삼첨판륜 협부에 대한선형절제술	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

【별표48】 여성 특정유방질환 분류표

약관에 규정하는 여성 특정유방질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 유방의 양성신생물	D24
2. 양성 유방형성이상	N60
3. 유방의 염증성 장애	N61
4. 유방의 상세불명의 덩이	N63
5. 유방의 기타 장애	N64

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표49】 특정천공 분류표

약관에 규정하는 특정천공으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 식도의 천공	K22.3
2. 장의 천공(비외상성)	K63.1
3. 담낭의 천공	K82.2
4. 담관의 천공	K83.2

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표50】 특정천공동반질병 분류표

약관에 규정하는 특정천공동반질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
2. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
3. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 위궤양	K25.5
4. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 위궤양	K25.6
5. 천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
6. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
7. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 십이지장궤양	K26.5
8. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 십이지장궤양	K26.6
9. 천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
10. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
11. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.5
12. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.6
13. 천공이 있는 급성 위공장궤양	K28.1
14. 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위공장궤양	K28.2
15. 천공이 있는 만성 또는 상세불명 위공장궤양	K28.5
16. 출혈 및 천공이 모두 있는 만성 또는 상세불명 위공장궤양	K28.6

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표51】 특정천공동반게실병 분류표

약관에 규정하는 특정천공동반게실병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 천공 및 농양이 있는 소장외의 게실병	K57.0
2. 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병	K57.2
3. 천공 및 농양이 있는 소장외 대장 모두의 게실병	K57.4
4. 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병	K57.8

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표52】 추간판장애 분류표

약관에 규정하는 추간판장애로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 경추간판장애	M50
2. 기타 추간판장애	M51

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표53】관절증(엉덩, 무릎) 분류표

약관에 규정하는 관절증으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

구분	대상상병	분류번호
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

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표54】 상해성뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 상해성뇌출혈로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 초점성 뇌손상	S06.3
2. 경막외 출혈	S06.4
3. 외상성 경막하출혈	S06.5
4. 외상성 거미막하출혈	S06.6
5. 기타 두개내손상	S06.8

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다).

【별표55】 특정상해성뇌출혈 분류표

약관에 규정하는 특정상해성뇌출혈로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 경막외출혈	S06.4
2. 외상성 경막하출혈	S06.5
3. 외상성 거미막하출혈	S06.6

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표56】 유방절제수술 분류표

약관에 규정하는 유방절제수술로 분류되는 항목은 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)에 의한 수술 및 처치 코드 중 다음에 해당하는 수술을 말합니다.

수술	코드
1. 편측단순유방절제술	85.41
2. 양측단순유방절제술	85.42
3. 편측환대유방절제술	85.43
4. 양측환대유방절제술	85.44
5. 편측근치적유방절제술	85.45
6. 양측근치적유방절제술	85.46
7. 편측환대근치적유방절제술	85.47
8. 양측환대근치적유방절제술	85.48

주) 국제의료행위 분류표(ICD-9-CM)가 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표57】 심장판막협착증(대동맥판막) 분류표

약관에 규정하는 심장판막협착증(대동맥판막)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병	분류번호
1. 류마티스성 대동맥협착	I06.0
2. 폐쇄부전이 있는 류마티스성 대동맥협착	I06.2
3. 대동맥판협착	I35.0
4. 폐쇄부전을 동반한 대동맥판협착	I35.2

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 질병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상질병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표58】 급여 창상붕합술(안면부제외) 분류표

약관에 규정하는 급여 창상붕합술(안면부제외)로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위코드를 말합니다.

진료행위	코드
창상붕합술(안면과경부이외,단순붕합,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB029
창상붕합술(안면과경부이외,단순붕합,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상붕합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상붕합길이가 5cm 증가될 때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB030
창상붕합술(안면과경부이외,단순붕합,근육,길이2.5cm미만)	SB031
창상붕합술(안면과경부이외,단순붕합,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SB032
창상붕합술(안면과경부이외,단순붕합,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SB039
창상붕합술(안면과경부이외,단순붕합,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상붕합술을 시행할 경우 소정점수에 78.50점을 가산하며, 창상붕합길이가 5cm 증가될 때마다 78.50점을 추가 가산한다.	SB040
창상붕합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC029
창상붕합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상붕합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상붕합길이가 5cm 증가될 때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC030
창상붕합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm미만)	SC031
창상붕합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이2.5cm이상~5.0cm미만)	SC032
창상붕합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이5.0cm이상~10.0cm미만)	SC039
창상붕합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이10cm이상,10cm마다 추가) 주: 길이 10cm이상 창상붕합술을 시행할 경우 소정점수에 103.14점을 가산하며, 창상붕합길이가 5cm 증가될 때마다 103.14점을 추가 가산한다.	SC040

【별표59】 급여 유방바늘생검조직병리검사 분류표

약관에 규정하는 급여 유방바늘생검조직병리검사로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
유방바늘생검조직병리검사	유방생검[편측]-침생검	C8641

【별표60】 급여 갑상선바늘생검조직병리검사 분류표

약관에 규정하는 급여 갑상선바늘생검조직병리검사로 분류되는 진료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 해당하는 진료행위를 말합니다.

구분	진료행위	진료행위코드
갑상선바늘생검조직병리검사	갑상선생검-침생검	C8591

【별표61】 본인일부부담금 산정특례 암질환의 상병

약관에 규정하는 “중증질환자 암질환 산정특례대상”으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 구분1에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 악성 신생물	C00~C97
2. 제자리신생물	D00~D09
3. 수막의 양성 신생물	D32
4. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37~D48

주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표62】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

약관에 규정하는 “본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환”으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 뇌혈관 질환	I60~I67
2. 경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
3. 후천성 동정맥류	I77.0
4. 순환계통의 기타 선천기형	Q28.0~Q28.3
5. 두개내손상	S06

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표63】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

약관에서 규정하는 “중증질환자 뇌혈관질환 수술”이란 “중증질환자 뇌혈관질환”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-112호, 2021. 5. 1 시행) [별첨1]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 수술 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
혈중제거를 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 - 혈중제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593, M6594, M6597
경피적뇌혈관악물성형술	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」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표64】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

약관에 규정하는 “본인일부부담금 산정특례 심장질환”으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스 심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의축상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁중후군[다까야수]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표65】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

약관에서 규정하는 “중증질환자 심장질환 수술”이란 “중증질환자 심장질환”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산청구(ED)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) [별첨2]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 수술 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
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 폐동맥판막협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 중후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판막협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발상바동 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
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902
체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907

수술명	수술코드
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921, O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932, O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장중앙제거술	O1981, O1982
심박기거치술	O2001, O2004, O2005, O2009, O2023~O20210, O2241~O2243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O2021, O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개조 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	O2751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521, M6522
경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550, M0651, M0657, M0658, M0661, M0662
경피적 관상동맥확장술	M6551, M6552, M6553, M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564, M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571, M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580, M6581, M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
대동맥 혈관내 이식편 고정술	M6651, M6652
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632, M6634, M6638, M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
장 및 폐이식술	Q8103

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표66】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

약관에서 규정하는 “중증질환자 심장질환 약제”란 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) [별첨2]에서 정한 아래의 약제를 말하며, 이후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 약제 해당 여부를 판단합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 약제성분이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표67】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 상병

약관에 규정하는 “본인일부부담금 산정특례 중증화상”으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

상병명(상병코드)		
구분	중증도 기준	체표면적 기준
1	가. 머리 및 목의 2도 화상(T20.2) 나. 몸통의 2도 화상(T21.2) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 2도 화상(T22.2) 라. 손목 및 손의 2도 화상(T23.2) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 2도 화상(T24.2) 바. 발목 및 발의 2도 화상(T25.2) 사. 상세불명 신체부위의 2도 화상(T30.2)	가. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 나. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 다. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 라. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 마. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 바. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 사. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 아. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)
2	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 다. 손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 3도 화상(T22.3) 라. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 마. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 3도 화상(T24.3) 바. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 사. 상세불명 신체부위의 3도 화상(T30.3)	가. 신체표면의 10-19%를 침범한 화상(T31.1) 나. 신체표면의 20-29%를 침범한 화상(T31.2) 다. 신체표면의 30-39%를 침범한 화상(T31.3) 라. 신체표면의 40-49%를 침범한 화상(T31.4) 마. 신체표면의 50-59%를 침범한 화상(T31.5) 바. 신체표면의 60-69%를 침범한 화상(T31.6) 사. 신체표면의 70-79%를 침범한 화상(T31.7) 아. 신체표면의 80-89%를 침범한 화상(T31.8) 자. 신체표면의 90%이상을 침범한 화상(T31.9)

3	가. 머리 및 목의 3도 화상(T20.3) 증안 면부에 수상한 경우 나. 몸통의 3도 화상(T21.3) 증 성기 또는 회음부에 수상한 경우 다. 손목 및 손의 3도 화상(T23.3) 라. 발목 및 발의 3도 화상(T25.3) 마. 눈 및 부속기의 화상(T26.0~T26.4)	
4	가. 호흡기도의 화상(T27.0~T27.3) 나. 기타 내부기관의 화상(T28.0~T28.3)	

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 상기 상병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)

【별표68】 본인일부부담금 산정특례 중증화상의 수술

약관에서 규정하는 “중증화상 수술”이란 “중증화상”으로 인한 아래의 수술로서 건강보험심사평가원 전산 청구(EDI)코드 분류상 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 제1항 및 동법 시행령[별표2]에 의한 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31 시행) 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨3]에 해당하는 수술을 말하며, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “중증화상의 수술” 해당 여부를 판단합니다.

수술명	수술코드
1. 반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)	N0241
2. 반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)	N0242~N0247, NA241~NA243
3. 반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)	N0249

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상)에 해당하는 수술이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표69】 본인일부부담금 산정특례 중증치매 I 의 상병

약관에 규정하는 “본인일부부담금 산정특례 중증치매 I”으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상) 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분6에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
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

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)
- 주4) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-112호, 2021. 5. 1 시행)” 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분6에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표70】 본인일부부담금 산정특례 중증치매Ⅱ의 상병

약관에 규정하는 “본인일부부담금 산정특례 중증치매Ⅱ”으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행) 제5조(희귀질환 및 중증난치 질환자 산정특례 대상) 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분7에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대상상병	분류번호
1. 만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1 †)	F00.1
2. 알츠하이머병 1형(G30.1 †)	F00.1
3. 알츠하이머형의 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

- 주1) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 주2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 상기 상병의 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 상기 질병의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 주3) 대상상병 분류표의 분류번호와 상당한 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상상병 분류에 포함합니다.(단, 해당 약관 상에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다)
- 주4) 향후 “본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2021-112호, 2021. 5. 1 시행)” 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분7에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【부 록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2023.01.01.) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

관공서의 공휴일에 관한 규정	711
교통사고처리 특례법	711
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	712
국민건강보험법	715
국민건강보험법 시행령	715
근로자의 날 제정에 관한 법률	725
금융소비자 보호에 관한 법률	725
도로교통법	726
민법	730
보험업감독규정	730
보험업감독업무시행세칙	730
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준	731
산업재해보상보험법 시행규칙	732
상법	735
상법 시행령	735
응급의료에 관한 법률	736
응급의료에 관한 법률 시행규칙	736
의료급여법	737
의료급여법 시행령	738
의료법	744
의료법 시행규칙	746
자동차관리법 시행규칙	750
자동차손해배상 보장법 시행령	752
전자서명법	753
통계법	754
통계법 시행령	754
통계법 시행규칙	754
형법	755
형사소송법	755

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 755
호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙 757

관공서의 공휴일에 관한 규정

제1조(목적)

이 영은 관공서의 공휴일에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(공휴일)

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

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제 <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 각호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
 1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호 · 제4호 · 제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

교통사고처리 특례법

제3조(처벌의 특례)

- ① 차의 운전자가 교통사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄를 범한 경우에는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 차의 교통으로 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄(業務上過失致傷罪) 또는 중과실치상죄(重過失致傷罪)와 「도로교통법」 제151조의 죄를 범한 운전자에 대하여는 피해자의 명시적인 의사에 반하여 공소(公訴)를 제기할 수 없다. 다만, 차의 운전자가 제1항의 죄 중 업무상과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고도 피해자를 구호(救護)하는 등 「도로교통법」 제54조제1항에 따른 조치를 하지 아니하고 도주하거나 피해자를 사고 장소로부터 옮겨 유기(遺棄)하고 도주한 경우, 같은 죄를 범하고 「도로교통법」 제44조제2항을 위반하여 음주측정 요구에 따르지 아니한 경우(운전자가 채혈 측정을 요청하거나 동의한 경우는 제외한다)와 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 같은 죄를 범한 경우에는 그러하지 아니하다.
 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(歩道)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

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제5조의2(중증질환심의위원회)

- ① 중증환자에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.
- ② 중증질환심의위원회는 보건의료분야에 관한 학식과 경험이 풍부한 45인 이내의 위원으로 구성하되, 중증질환심의위원회의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 건강보험심사평가원의 정관으로 정한다.

제9조(비급여대상)

- ① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.
- ② 삭제 <2001. 12. 31.>

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항 관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비노생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용 목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각적 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서는

보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

- 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파사풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건검진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
 - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	입원실 이용 비용 전액

- (1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.
 - (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것
 - (나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것
 - (다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자들이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황 신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자들이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 보건의복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 가공물 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호 나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
 - 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
 - 나. 한약첩약 및 기상한서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조 제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

국민건강보험법

제44조(비용의 일부부담)

- ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
- ④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

국민건강보험법 시행령

제19조(비용의 본인부담)

- ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항 관련)

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
 - 가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국회귀·필수약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
 - 1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산 금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대(입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목·아목에서 같다)의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.
 - 2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
 - 나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다

음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원,	모든	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
치과의원, 한의원, 보건의료원	지역		10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

비고

- 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조헌병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.
- 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
- 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
- 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호가목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.
- 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원)으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
- 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

다. 약국 또는 한국회귀·필수약품센터의 경우

- 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국회귀·필수약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.
- 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품을 조제받은 경우에는 다

음의 구분에 따라 산정한 금액

가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40

나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액

- 3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[음·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액
 - 가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50
 - 나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40

- 2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
 - 가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액과 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추가 산정액을 합한 금액의 100분의 20

$$[\text{질병군별 기준 상대가치점수} + (\text{입원 일수} - \text{질병군별 평균 입원 일수}) \times \text{질병군별 일당 상대가치점수}] \times \text{제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가}$$

비고

- 1. 위 표에서 “질병군별 기준 상대가치점수”란 질병군별 평균 입원 일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원 건당 상대가치점수를 말한다.
- 2. 위 표에서 “질병군별 일당 상대가치점수”란 입원 일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.
 - 나. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는 가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액
 - 다. 삭제 <2021. 11. 1.>
 - 라. 가목 및 나목에도 불구하고 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 제1호나목 표의 구분에 따라 계산한 금액을 더한 금액
- 3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호(가목)1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.
 - 가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50
 - 1) 자연분만에 대한 요양급여
 - 2) 「모자보건법」 제2조제4호에 따른 신생아 및 보건복지부장관이 정하는 기준에 해당하는 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
 - 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하

는 요양급여

- 4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 1) 삭제 <2017. 9. 29.>
 - 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
 - 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
 - 4) 삭제 <2018. 12. 24.>
- 다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액
- 1) 1세 이상 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
 - 2) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는 경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.
 - 3) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우
- 라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 한다) 중 희귀난치성질환자등이 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부부담금 경감 인정 신청(이하 "경감인정신청"이라 한다)을 하여 그 경감 인정을 받은 사람 또는 희귀난치성질환자등 중 본인일부부담금의 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람으로서 경감인정신청을 한 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- 1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
 - 2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

기관 종류	구분	본인일부부담금
상급종합병원	외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료

기관 종류	구분	본인일부부담금	
		<p>또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10</p> <p>나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5</p> <p>다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3</p> <p>라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5</p>	
<p>종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원</p>	<p>「의료급여법 시행령」 별표 1 제2호가목2)가)에 따른 만성질환자에 해당하는 사람이 그 만성질환에 대하여 외래진료를 받거나 해당 만성질환자가 나목2)(치매를 제외한다) 또는 마목에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우</p>	<p>「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우</p>	<p>1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인 일부부담금 없음</p>
		<p>그 밖의 외래진료</p>	<p>1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인 일부부담금 없음</p>
	<p>그 밖의 외래진료 및 입원진료</p>		<p>요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다.</p> <p>가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의</p>

기관 종류	구분	본인일부부담금	
		<p>100분의 10</p> <p>나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호 나목2(치매만 해당한다)·3, 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5</p> <p>다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3</p> <p>라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5</p>	
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	외래진료	<p>「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우</p>	1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인 일부부담금 없음
		그 밖의 외래진료	1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인 일부부담금 없음
	입원진료	<p>요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다.</p> <p>가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10</p> <p>나) 나목2(치매만 해당한다)·3, 마목 또는 차목(입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5</p>	

기관 종류	구분	본인일부부담금
		다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3
보건소, 보건지소, 보건진료소	외래진료 및 입원진료	없음
약국, 한국회귀·필수의약품센터	「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 따르지 않고 직접 조제한 경우	900원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	500원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우	없음

비고

- 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하거나 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.
- 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2](치매는 제외한다)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 나목2(치매만 해당한다), 마목, 하목 또는 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다)에 따른 환자 및 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 100분의 5]를 부담한다.
- 제21조제3항제2호에 따른 질병군에 대한 입원 진료의 경우 본인일부부담금은 제2호가목, 나목 또는 라목에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.
- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 해당 입원료의 100분의 5를 부담한다.
- 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

- 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5
- 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 15
- 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
- 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
- 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가

발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의 약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행 한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인일부부담금이 500원 미만인 경우는 500원을 본인일부부담금으로 한다.

- 8) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환 등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동의 입원진료로서 제왕절개분만에 대한 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20
 - 9) 희귀난치성질환을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
 - 10) 희귀난치성질환 등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
- 마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 바. 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 사. 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 아. 제왕절개분만을 위한 입원진료에 대하여 요양급여(라목8)에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 자. 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(가목2) 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다]를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 차. 18세 이하 아동의 치아출메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아출메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
- 카. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정수술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 타. 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.
- 1) 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당하되, 결핵에 대한 진료 또는 검사의 경우에는 종합병원 및 상급종합병원도 해당한다)를 받는 경우
 - 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
 - 3) 요양급여를 의뢰받은 요양기관이 환자의 상태가 호전됨에 따라 요양급여를 의뢰한 요양기관 등으로 환자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 환자가 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
- 파. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에

해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한 금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액, 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

기관 종류	본인일부부담금
상급종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100
종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100

- 하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료를 말한다)에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5
- 1) 삭제 <2019. 10. 22.>
 - 2) 삭제 <2019. 10. 22.>
 - 3) 삭제 <2019. 10. 22.>
- 거. 가목1)·2)·3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
- 너. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환자가 상급종합병원에서 외래진료를 받는 경우에는 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액
4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.
 5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 및 같은 호 마목에 따른 정신병원 외의 요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

구분	본인일부부담금	
	입원일수 16일 이상 30일 이하	입원일수 31일 이상
가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양기관의 4인실 이상	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 25/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100
나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원·병원·한방병원의 3인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 35/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100
다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원·병원·한방병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 45/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100
라. 상급종합병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 ×	31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100

6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 योग금여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.
- 가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우
 - 나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우
 - 다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우
 - 라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우
 - 마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우
 - 바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우

근로자의 날 제정에 관한 법률

5월 1일을 근로자의 날로 하고, 이 날을 「근로기준법」에 따른 유급휴일(有給休日)로 한다.

금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품 판매업자 또는 금융상품판매업자(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

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을

- 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자들은 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.

도로교통법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "도로"란 다음 각 목에 해당하는 곳을 말한다.
 - 가. 「도로법」에 따른 도로
 - 나. 「유료도로법」에 따른 유료도로
 - 다. 「농어촌도로 정비법」에 따른 농어촌도로
 라. 그 밖에 현실적으로 볼특정 다수의 사람 또는 차마(車馬)가 통행할 수 있도록 공개된 장소로서 안전하고 원활한 교통을 확보할 필요가 있는 장소
2. "자동차전용도로"란 자동차만 다닐 수 있도록 설치된 도로를 말한다.
3. "고속도로"란 자동차의 고속 운행에만 사용하기 위하여 지정된 도로를 말한다.
4. "차도(車道)란 연석선(차도와 보도를 구분하는 돌 등으로 이어진 선을 말한다. 이하 같다), 안전표지 또는 그와 비슷한 인공구조물을 이용하여 경계(境界)를 표시하여 모든 차가 통행할 수 있도록 설치된 도로의 부분을 말한다.
5. "중앙선"이란 차마의 통행 방향을 명확하게 구분하기 위하여 도로에 황색 실선(實線)이나 황색 점선 등의 안전표지로 표시한 선 또는 중앙분리대나 울타리 등으로 설치한 시설물을 말한다. 다만, 제14조제1항 후단에 따라 가변차로(可變車路)가 설치된 경우에는 신호기가 지시하는 진행방향의 가장 왼쪽에 있는 황색 점선을 말한다.
6. "차로"란 차마가 한 줄로 도로의 정하여진 부분을 통행하도록 차선(車線)으로 구분한 차도의 부분을 말한다.
7. "차선"이란 차로와 차로를 구분하기 위하여 그 경계지점을 안전표지로 표시한 선을 말한다.
- 7의 2. "노면전차 전용로"란 도로에서 궤도를 설치하고, 안전표지 또는 인공구조물로 경계를 표시하여 설치한 「도시철도법」 제18조의2제1항 각 호에 따른 도로 또는 차로를 말한다.
8. "자전거도로"란 안전표지, 위험방지용 울타리나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 자전거 및 개인형 이동장치가 통행할 수 있도록 설치된 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제3조 각 호의 도로를 말한다.
9. "자전거횡단도"란 자전거 및 개인형 이동장치가 일반도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
10. "보도(步道)란 연석선, 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 경계를 표시하여 보행자(유모차, 보행보조용 의자차, 노약자용 보행기 등 행정안전부령으로 정하는 기구·장치를 이용하여 통행하는 사람을 포함한다. 이하 같다)가 통행할 수 있도록 한 도로의 부분을 말한다.
11. "길가장자리구역"이란 보도와 차도가 구분되지 아니한 도로에서 보행자의 안전을 확보하기 위하여 안전표지 등으로 경계를 표시한 도로의 가장자리 부분을 말한다.
12. "횡단보도"란 보행자가 도로를 횡단할 수 있도록 안전표지로 표시한 도로의 부분을 말한다.
13. "교차로"란 '십'자로, 'T'자로나 그 밖에 둘 이상의 도로(보도와 차도가 구분되어 있는 도로에서는 차도를 말한다)가 교차하는 부분을 말한다.
- 13의2. "회전교차로"란 교차로 중 차마가 원형의 교통섬(차마의 안전하고 원활한 교통처리나 보행자 도로횡단의 안전을 확보하기 위하여 교차로 또는 차도의 분기점 등에 설치하는 섬 모양의 시설을 말한다)을 중심으로 반시계방향으로 통행하도록 한 원형의 도로를 말한다.
14. "안전지대"란 도로를 횡단하는 보행자나 통행하는 차마의 안전을 위하여 안전표지나 이와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로의 부분을 말한다.
15. "신호기"란 도로교통에서 문자·기호 또는 등화(燈火)를 사용하여 진행·정지·방향전환·주의 등의 신호를 표시하기 위하여 사람이나 전기의 힘으로 조작하는 장치를 말한다.
16. "안전표지"란 교통안전에 필요한 주의·규제·지시 등을 표시하는 표지판이나 도로의 바닥에 표시하는 기호·문자 또는 선 등을 말한다.

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 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 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 이륜자동차
 나. 그 밖에 배기량 125cc 이하(전기를 동력으로 하는 경우에는 최고정격출력 11킬로와트 이하)의 원동기를 단 차(「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조제1호의2에 따른 전기자전거는 제외한다)
- 19의2. "개인형 이동장치"란 제19호나목의 원동기장치자전거 중 시속 25킬로미터 이상으로 운행할 경우 전동기가 작동하지 아니하고 차체 중량이 30킬로그램 미만인 것으로서 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다.
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.
22. "긴급자동차"란 다음 각 목의 자동차로서 그 본래의 긴급한 용도로 사용되고 있는 자동차를 말한다.
 가. 소방차
 나. 구급차
 다. 혈액 공급차량
 라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자동차
23. "어린이통학버스"란 다음 각 목의 시설 가운데 어린이(13세 미만인 사람)를 말한다. 이하 같다)를 교육 대상으로 하는 시설에서 어린이의 통학 등에 이용되는 자동차와 「여객자동차 운수사업법」 제4조제3항에 따른 여객자동차운송사업의 한정면허를 받아 어린이를 여객대상으로 하여 운행되는 운송사업용 자동차를 말한다.
 가. 「유아교육법」에 따른 유치원 및 유아교육진흥원, 「초·중등교육법」에 따른 초등학교, 특수학교, 대안학교 및 외국인학교
 나. 「영유아보육법」에 따른 어린이집
 다. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따라 설립된 학원 및 교습소

- 라. 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」에 따라 설립된 체육시설
 - 마. 「아동복지법」에 따른 아동복지시설(아동보호전문기관은 제외한다)
 - 바. 「청소년활동진흥법」에 따른 청소년수련시설
 - 사. 「장애인복지법」에 따른 장애인복지시설(장애인 직업재활시설은 제외한다)
 - 아. 「도서관법」에 따른 공공도서관
 - 자. 「평생교육법」에 따른 시·도평생교육진흥원 및 시·군·구평생학습관
 - 차. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 및 사회복지관
24. "주차"란 운전자가 승객을 기다리거나 화물을 싣거나 차가 고장 나거나 그 밖의 사유로 차를 계속 정지 상태에 두는 것 또는 운전자가 차에서 떠나서 즉시 그 차를 운전할 수 없는 상태에 두는 것을 말한다.
 25. "정차"란 운전자가 5분을 초과하지 아니하고 차를 정지시키는 것으로서 주차 외의 정지 상태를 말한다.
 26. "운전"이란 도로(제27조제6항제3호·제44조·제45조·제54조제1항·제148조·제148조의2 및 제156조제10호의 경우에는 도로 외의 곳을 포함한다)에서 차마 또는 노면전차를 그 본래의 사용방법에 따라 사용하는 것(조종 또는 자율주행시스템을 사용하는 것을 포함한다)을 말한다.
 27. "초보운전자"란 처음 운전면허를 받은 날(처음 운전면허를 받은 날부터 2년이 지나기 전에 운전면허의 취소처분을 받은 경우에는 그 후 다시 운전면허를 받은 날을 말한다)부터 2년이 지나지 아니한 사람을 말한다. 이 경우 원동기장치자전거면허만 받은 사람이 원동기장치자전거면허 외의 운전면허를 받은 경우에는 처음 운전면허를 받은 것으로 본다.
 28. "서행"(徐行)이란 운전자가 차 또는 노면전차를 즉시 정지시킬 수 있는 정도의 느린 속도로 진행하는 것을 말한다.
 29. "앞지르기"란 차의 운전자가 앞서가는 다른 차의 옆을 지나서 그 차의 앞으로 나가는 것을 말한다.
 30. "일시정지"란 차 또는 노면전차의 운전자가 그 차 또는 노면전차의 바퀴를 일시적으로 완전히 정지시키는 것을 말한다.
 31. "보행자전용도로"란 보행자만 다닐 수 있도록 안전표지나 그와 비슷한 인공구조물로 표시한 도로를 말한다.
 - 31의2. "보행자우선도로"란 「보행안전 및 편의증진에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 보행자우선도로를 말한다.
 32. "자동차운전학원"이란 자동차등의 운전에 관한 지식·기능을 교육하는 시설로서 다음 각 목의 시설 외의 시설을 말한다.
 - 가. 교육 관계 법령에 따른 학교에서 소속 학생 및 교직원의 연수를 위하여 설치한 시설
 - 나. 사업장 등의 시설로서 소속 직원의 연수를 위한 시설
 - 다. 전산장치에 의한 모의운전 연습시설
 - 라. 지방자치단체 등이 신체장애인의 운전교육을 위하여 설치하는 시설 가운데 시·도경찰청장이 인정하는 시설
 - 마. 대가(代價)를 받지 아니하고 운전교육을 하는 시설
 - 바. 운전면허를 받은 사람을 대상으로 다양한 운전경험을 체험할 수 있도록 하기 위하여 도로가 아닌 장소에서 운전교육을 하는 시설
 33. "모범운전자"란 제146조에 따라 무사고운전자 또는 유공운전자의 표시장을 받거나 2년 이상 사업용 자동차 운전에 종사하면서 교통사고를 일으킨 전력이 없는 사람으로서 경찰청장이 정하는 바에 따라 선발되어 교통안전 봉사활동에 종사하는 사람을 말한다.

제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리)

- ① 시장등은 교통사고의 위험으로부터 어린이를 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 시설의 주변도로 가운데 일정 구간을 어린이 보호구역으로 지정하여 자동차등과 노면전차의 통행속도를 시속 30킬로미터 이내로 제한할 수 있다.
 1. 「유아교육법」 제2조에 따른 유치원, 「초·중등교육법」 제38조 및 제55조에 따른 초등학교 또는 특수학교
 2. 「영유아보육법」 제10조에 따른 어린이집 가운데 행정안전부령으로 정하는 어린이집
 3. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조에 따른 학원 가운데 행정안전부령으로 정하는 학원
 4. 「초·중등교육법」 제60조의2 또는 제60조의3에 따른 외국인학교 또는 대안학교, 「제주특별자치도

설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제223조에 따른 국제학교 및 「경제자유구역 및 제주 국제자유도시의 외국교육기관 설립·운영에 관한 특별법」 제2조제2호에 따른 외국교육기관 중 유치원·초등학교 교과과정이 있는 학교

- ② 제1항에 따른 어린이 보호구역의 지정절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항은 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정한다.
- ③ 차마 또는 노면전차의 운전자는 어린이 보호구역에서 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운행하여야 한다.
- ④ 시·도경찰청장, 경찰서장 또는 시장등은 제3항을 위반하는 행위 등의 단속을 위하여 어린이 보호구역의 도로 중에서 행정안전부령으로 정하는 곳에 우선적으로 제4조의2에 따른 무인 교통단속용 장비를 설치하여야 한다.
- ⑤ 시장등은 제1항에 따라 지정한 어린이 보호구역에 어린이의 안전을 위하여 다음 각 호에 따른 시설 또는 장비를 우선적으로 설치하거나 관할 도로관리청에 해당 시설 또는 장비의 설치를 요청하여야 한다.
 1. 어린이 보호구역으로 지정한 시설의 주 출입문과 가장 가까운 거리에 있는 간선도로상 횡단보도의 신호기
 2. 속도 제한 및 횡단보도에 관한 안전표지
 3. 「도로법」 제2조제2호에 따른 도로의 부속물 중 과속방지시설 및 차마의 미끄럼을 방지하기 위한 시설
 4. 그 밖에 교육부, 행정안전부 및 국토교통부의 공동부령으로 정하는 시설 또는 장비

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.
- ② 경찰공무원등은 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.
- 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.

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.

제73조(교통안전교육)

- ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 대통령령으로 정하는 바에 따라 특별교통안전 의무교육을 받아야 한다. 이 경우 제2호부터 제5호까지에 해당하는 사람으로서 부득이한 사유가 있으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 의무교육의 연기(延期)를 받을 수 있다.
 1. 운전면허 취소처분을 받은 사람(제93조제1항제9호 또는 제20호에 해당하여 운전면허 취소처분을 받은 사람은 제외한다)으로서 운전면허를 다시 받으려는 사람
 2. 제93조제1항제1호·제5호·제5호의2·제10호 및 제10호의2에 해당하여 운전면허효력 정지처분을 받게 되거나 받은 사람으로서 그 정지기간이 끝나지 아니한 사람
 3. 운전면허 취소처분 또는 운전면허효력 정지처분(제93조제1항제1호·제5호·제5호의2·제10호 및 제10호의2에 해당하여 운전면허효력 정지처분 대상인 경우로 한정한다)이 면제된 사람으로서 면제

- 된 날부터 1개월이 지나지 아니한 사람
- 운전면허효력 정지처분을 받게 되거나 받은 초보운전자로서 그 정지기간이 끝나지 아니한 사람
 - 삭제 <2017. 10. 24.>

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.

민법

제2조(신의성실)

- 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.
- 권리는 남용하지 못한다.

제767조(친족의 정의)

배우자, 혈족 및 인척을 친족으로 한다.

제768조(혈족의 정의)

자기의 직계존속과 직계비속을 직계혈족이라 하고 자기의 형제자매와 형제자매의 직계비속, 직계존속의 형제자매 및 그 형제자매의 직계비속을 방계혈족이라 한다.

제769조(인척의 계원)

혈족의 배우자, 배우자의 혈족, 배우자의 혈족의 배우자를 인척으로 한다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

- 8촌 이내의 혈족
- 4촌 이내의 인척
- 배우자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- "평균공시이율"이란 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

보험업감독업무시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

- 평균공시이율은 감독규정 제7-65조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
 - 회사별 공시이율은 매월말 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
 - 평균공시이율은 회사별 공시이율을 계약자적립액 기준으로 가중평균하여 산출한다.
- 제1호에 의한 공시이율은 8월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구분	평균공시이율
2023년	2.25%

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준

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 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.

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, 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 기타염색체이상질환자는 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 검사 내역 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

제8조(산정특례 재등록)

- ① 제4조 및 제5조의 산정특례 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 산정특례 재등록을 신청할 수 있다. 이 경우 공단 이사장은 제1호의2에 해당하여 재등록을 신청하는 사람에 대하여는 1회에 한하여 재등록할 수 있다.
 1. 별지 제1호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 암환자가 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술,

- 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
- 1의2. 별지 제1호의2서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 중증화상환자(별표3 제4호 라목에 해당하는 상병으로 등록된 사람은 제외한다)가 산정특례 적용 종료일부터 2년 이내에 별첨 3의 수술을 받는 경우
 2. 별지 제2호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자 및 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우
 3. 별지 제2호 서식의 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록된 상세불명희귀질환자 및 기타염색체이상질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우
- ② 재등록에 관하여는 제7조를 준용한다.

산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정된 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표 4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[별표 4] 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역(제47조제1항 관련)

관절명	구분	측정부위	평균 운동 기능영역 (각도)
-----	----	------	-----------------------

관절명		구분	측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)
척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수 관절용기)-목뼈1번 분절	13	
		목뼈1번-목뼈2번 분절	10	
		목뼈2번-목뼈3번 분절	8	
		목뼈3번-목뼈4번 분절	13	
		목뼈4번-목뼈5번 분절	12	
		목뼈5번-목뼈6번 분절	17	
		목뼈6번-목뼈7번 분절	16	
		목뼈7번-등뼈1번 분절	6	
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절	4	
		등뼈2번-등뼈3번 분절	4	
		등뼈3번-등뼈4번 분절	4	
		등뼈4번-등뼈5번 분절	4	
등뼈5번-등뼈6번 분절		4		
등뼈6번-등뼈7번 분절		5		
등뼈7번-등뼈8번 분절		6		
등뼈8번-등뼈9번 분절		6		
등뼈9번-등뼈10번 분절		6		
등뼈10번-등뼈11번 분절		9		
등뼈11번-등뼈12번 분절	12			
허리뼈부(요추부)	등뼈12번-허리뼈1번 분절	12		
	허리뼈1번-허리뼈2번 분절	12		
	허리뼈2번-허리뼈3번 분절	14		
	허리뼈3번-허리뼈4번 분절	15		
	허리뼈4번-허리뼈5번 분절	17		
	허리뼈5번-엉치뼈1번 분절	20		
어깨관절	앞위쪽올리기	150		
	옆위쪽올리기	150		
	뒤쪽올리기	40		
	모으기	30		
	안쪽 돌리기	40		
	바깥쪽 돌리기	90		
팔꿈치관절	펴기	0		
	굽히기	150		
	안쪽 돌리기	80		
	바깥쪽 돌리기	80		
손목관절	손등쪽 굽히기	60		
	손바닥쪽 굽히기	70		
	손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위)	20		
	손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)	30		

관절명	구분	측정부위		평균 운동 가능영역 (각도)
손허리손가락관절 (중수지관절)	엄지손가락	펴기 굽히기	0 60	
	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 90	
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 90	
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 90	
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 90	
손가락관절	엄지손가락	펴기 굽히기	0 80	
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100	
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100	
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100	
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100	
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70	
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70	
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70	
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70	
엉덩관절		펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기	30 100 20 40 40 50	
무릎관절		펴기 굽히기	0 150	

관절명	구분	측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)
발목관절		발등쪽 굽히기	20
		발바닥쪽 굽히기	40
		바깥쪽 뒤집기	20
		안쪽 뒤집기	30
발허리발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	40 30
	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기 굽히기	0 30
제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

상법

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

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

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 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 운전자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

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.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

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.

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

[별표1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상
가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구조·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 응급증상을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성체장염 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 증상, 다발성 외상
 - 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
 - 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손상
 - 사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 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 제공되지 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

의료급여법

제10조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

[별표 1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)

1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률
 - 가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조 제2항제1호 가목에 해당하는 제1차 의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품 을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한 약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담 금을 제외한 급여비용 전부

의료급여 기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
차의료급여기관 중 보건 의료원	(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료	급여비용총액 전부
2) 법 제9조 제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
		(3) 그 밖의 외래진료
	나) 입원진료	급여비용총액 전부
3) 법 제9조 제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
		(3) 그 밖의 외래진료
	나) 입원진료	급여비용총액 전부

의료급여 기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
4) 법 제9조 제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조 제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가(1), 2)가(1) 및 3)가(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가(3), 2)가(3) 및 3)가(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

- 나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.
- 다. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를 부담하게 할 수 있다.
 - (1) 18세 미만인 사람
 - (2) 임산부
 - (3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람
 - (4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등
 - (5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람
 - (6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람
- 라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.
- 바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[음·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환 자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대 군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

- 사. 가목1가)(1)·(3), 같은 목 2가)(1)·(3) 및 같은 목 3가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래 진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 야. 가목1가)(1)·(3), 같은 목 2가)(1)·(3) 및 같은 목 3가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.
- 1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우
 - 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
 - 3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
- 자. 가목1가), 2가), 3가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률
- 가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조 제2항제1호 가목에 해당하는 제1차 의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건 의료원	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품 을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한 약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조 제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 것	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품 을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한 약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
	환 의 외 래 진 료	정하여 고시하는 진료	는 본인부담금을 제외한 급여비 용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담 금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다 만, 약제는 급여비용총액에서 구 입금액의 100분의 15에 해당하 는 본인부담금을 제외한 급여비 용 전부로 한다.
	다) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다 만, 약제는 급여비용총액에서 구 입금액의 100분의 10에 해당하 는 본인부담금을 제외한 급여비 용 전부로 한다.
3) 법 제9조 제2항제3호 에 따른 제3 차의료급여기 관	가) 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다 만, 약제는 급여비용총액에서 구 입금액의 100분의 15에 해당하 는 본인부담금을 제외한 급여비 용 전부로 한다.
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다 만, 약제는 급여비용총액에서 구 입금액의 100분의 10에 해당하 는 본인부담금을 제외한 급여비 용 전부로 한다.
4) 법 제9조 제2항제1호 의 제1차의 료 급여기관 중 보건소·보 건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조 제2항제1호 의 제1차의 료 급여기관 중 약국 및 한국희귀의약 품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전 에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따 라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우		급여비용총액에서 약국 1회 방 문당 900원의 본인부담금을 제 외한 급여비용 전부

비고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는

본인부담금을 면제한다.

- 라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
- 마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
- 바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.
- 사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우 [읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민중유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자 지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군 인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.
- 자. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 차. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만 5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 카. 가목1)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 타. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.
 - 1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상신단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
 - 2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
- 파. 타목2)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 하. 가목1)가)(2), 같은 1) 나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 거. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.
- 너. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아흡메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아흡메우기 급여비용의 100분의 95를 기

금에서 부담한다.

- 다. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 러. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1) 나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2) 나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.
 - 1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우
 - 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
 - 3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우
- 머. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
- 버. 가목2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 서. 가목1)부터 3)까지 및 같은 목 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵검역자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

- 가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.
- 나. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·정신병원·종합병원 및 같은 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.
 - 1) 상급종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
 - 2) 병원·한방병원·요양병원·정신병원·종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
- 다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제1호가목4) 및 제2호가목4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제1호가목5)가) 및 제2호가목5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
 - 1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70
 - 2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80
 - 3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2호가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70
- 라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.
 - 1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70
 - 2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60
 - 3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20

의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 산생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

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.
 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 임신부 및 산생아를 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.
- ④ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑤ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑥ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑦ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑧ 삭제 <2009.1.30.>

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 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.

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료 행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 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 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

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.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학

또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- 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.
 - 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.

의료법 시행규칙

제34조(의료기관의 시설기준 및 구역)

법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

[별표3] 의료기관의 종류별 시설기준

시설	종합병원/병원/ 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과 의원	한의원	조선원
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목 을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에 만 갖춘다)	

[별표4] 의료기관의 시설규격(제34조 관련)

- 1. 입원실
 - 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조제1항제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
 - 나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
 - 다. 삭제 <2017. 2. 3.>
 - 라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.

- 마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다.
- 바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압 시설(陰壓施設: 방 안의 기압을 낮춰 내부 공기가 방 밖으로 나가지 못하게 만드는 설비) 등을 갖춘 1인 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
- 사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
- 아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 자. 감염병환자들의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
- 나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
- 다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
- 라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 정결실, 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, 맥박산소측지기, 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, 엠부백(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.

3. 수술실

- 가. 수술실은 수술실 상호 간에 칸막이벽으로 구획되어야 하고, 각 수술실에는 하나의 수술대만 두어야 하며, 환자의 감염을 방지하기 위하여 먼지와 세균 등이 제거된 청정한 공기를 공급할 수 있는 공기정화설비를 갖추고, 내부 벽면은 불침투질로 하여야 하며, 적당한 난방, 조명, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복, 붕대재료, 기계기구, 의료가스, 소독 및 배수 등 필요한 시설을 갖추어야 하고, 바닥은 접지가 되도록 하여야 하며, 콘센트의 높이는 1미터 이상을 유지하게 하고, 호흡장치의 안전관리시설을 갖추어야 한다.
- 나. 수술실에는 기도 내 삽관유지장치, 인공호흡기, 마취환자의 호흡감시장치, 심전도 모니터 장치를 갖추어야 한다.
- 다. 수술실 내 또는 수술실에 인접한 장소에 상용전원이 정전된 경우 나뭇에 따른 장치를 작동할 수 있는 축전지 또는 발전기 등의 예비전원설비를 갖추어야 한다. 다만, 나뭇에 따른 장치에 축전지가 내장되어 있는 경우에는 예비전원설비를 갖춘 것으로 본다.

4. 응급실

- 외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하고 산실(産室)이나 수술실로부터 격리되어야 하며, 구급용 시설을 갖추어야 한다.

5. 임상검사실
임상검사실은 자체적으로 검사에 필요한 시설·장비를 갖추어야 한다.
6. 방사선 장치
 - 가. 방사선 촬영투시 및 치료를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 방사선 위해(危害) 방호 시설(防護施設)을 갖추어야 한다.
 - 나. 방사선 사진필름을 현상·건조하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 시설을 갖춘 건조실을 갖추어야 한다.
 - 다. 방사선 사진필름을 판독하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 설비가 있는 판독실을 갖추어야 한다.
7. 회복실
수술 후 환자의 회복과 사후 처리를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 이에 필요한 시설을 갖추어야 한다.
8. 물리치료실
물리요법을 시술하는 데에 지장이 없는 면적과 기능회복, 재활훈련, 환자의 안전관리 등에 필요한 시설을 갖추어야 한다.
9. 한방요법실
경락자극요법시설 등 한방요법시설과 특수생약을 증기, 탕요법에 의하여 치료하는 시설을 갖추어야 한다.
10. 병리해부실
병리·병원에 관한 세포학검사·생검 및 해부를 할 수 있는 시설과 기구를 갖추어 두어야 한다.
11. 조제실
약품의 소분(小分)·혼합조제 및 생약의 보관, 혼합약제에 필요한 조제대 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.
- 11의2. 탕전실
 - 가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 총괄한 것으로 본다.
 - 나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.
 - 다. 한약재 보관시설에는 향·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
 - 라. 작업실에는 수돗물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.
 - 마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.
 - 바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.
 - 사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.
12. 의무기록실
의무기록(외래·입원·응급 환자 등의 기록)을 보존기간에 따라 비치하여 기록·관리 및 보관할 수 있는 서가 등 필요한 시설을 설치하여야 한다.
13. 소독시설
증기·가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계기구를 갖추어 두고, 위생재료·봉대 등을 집중 공급하는 데에 적합한 시설을 갖추어야 한다.
14. 급식시설
 - 가. 조리실은 식품의 운반과 배식이 편리한 곳에 위치하고, 조리, 보관, 식기 세척, 소독 등 식품을 위생적으로 처리할 수 있는 설비와 공간을 갖추어야 한다.
 - 나. 식품저장실은 환기와 통풍이 잘 되는 곳에 두되, 식품과 식품재료를 위생적으로 보관할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
 - 다. 급식 관련 종사자가 이용하기 편리한 준비실·탈의실 및 옷장을 갖추어야 한다.
15. 세탁물 처리시설
「의료기관세탁물관리규칙」에서 정하는 적합한 시설과 규모를 갖추어야 한다.

16. 시체실
시체의 부패 방지를 위한 냉장시설과 소독시설을 갖추어야 한다.
17. 적출물 처리시설
「폐기물관리법 시행규칙」 제14조에 따른 시설과 규모를 갖추어야 한다.
18. 자가발전시설
공공전기시설을 사용하지 아니하더라도 해당 의료기관의 필요한 곳에 전기를 공급할 수 있는 자가 발전시설을 갖추어야 한다.
19. 급급자동차
보건복지부장관이 정하는 산소통·산소호흡기와 그 밖에 필요한 장비를 갖추고 환자를 실어 나를 수 있어야 한다.
20. 그 밖의 시설
 - 가. 장례식장의 바닥면적은 해당 의료기관의 연면적의 5분의 1을 초과하지 못한다.
 - 나. 요양병원의 식당 등 모든 시설에는 휠체어가 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 하며, 복도에는 병상이 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 한다.
 - 다. 별표 3 제20호나목에 따라 엘리베이터를 설치하여야 하는 경우에는 「승강기시설 안전관리법 시행규칙」 별표 1에 따른 침대용 엘리베이터를 설치하여야 하며, 층간 경사로를 설치하는 경우에는 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률 시행규칙」 별표 1에 따른 경사로 규격에 맞아야 한다.
 - 라. 요양병원의 복도 등 모든 시설의 바닥은 문턱이나 높이차이가 없어야 하고, 불가피하게 문턱이나 높이차이가 있는 경우 환자가 이동하기 쉽도록 경사로를 설치하여야 하며, 복도, 계단, 화장실 대·소변기, 욕실에는 안전을 위한 손잡이를 설치하여야 한다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률」 제9조에 따라 요양병원에 출입구·문, 복도, 계단을 설치하는 경우에 그 시설은 같은 법에 따른 기준에도 맞아야 한다.
 - 마. 요양병원의 입원실, 화장실, 욕실에는 환자가 의료인을 신속하게 호출할 수 있도록 병상, 변기, 욕조 주변에 비상연락장치를 설치하여야 한다.
 - 바. 요양병원의 욕실
 - 1) 병상이 이동할 수 있는 공간 및 보조인력이 들어가 목욕을 시킬 수 있는 공간을 확보하여야 한다.
 - 2) 적절한 온도의 온수가 지속적으로 공급되어야 하고, 욕조를 설치할 경우 욕조에 환자의 전신이 잠기지 않는 깊이로 하여야 한다.
 - 사. 요양병원의 외부로 통하는 출입구에 잠금장치를 갖추되, 화재 등 비상시에 자동으로 열릴 수 있도록 하여야 한다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250시시 (전자자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.5미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.6미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 미만이고, 길이 4.7미터 ·너비 1.7미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600시시 이상 2,000시시 미만이거나, 길이·너비·높 이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000시시 이상이거나, 길이·너비· 높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터· 높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터 ·너비 1.7미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하 이거나, 길이·너비·높 이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비· 높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250시시(전자 자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.5미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터 ·너비 1.6미터 ·높이 2.0미터 이하인 것	최대 적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대 적재량이 1톤 초과 5톤 미만 이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대 적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 1,000시시 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터 ·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc 초과(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
승합자동차	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
	일반형	주목적이 여객운송용인 것
화물자동차	특수형	특정한 용도(장의·현형·구급·보호·캠핑 등)를 가진 것
	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
특수자동차	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
이륜자동차	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기기를 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형화물차 및 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 - 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)

- 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 - 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
- 나. 법 제3조제1항 제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
- 1) 이륜인 자동차에 촉차를 붙인 자동차
 - 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 - 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
- 가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드 자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.
- 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
- 다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.

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.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
- 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

- ① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.
 1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療報酬)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가 기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.
 1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른

한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

- 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
 - 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
- "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 서명자의 신원
 - 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
- "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
- "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
- "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
- "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
- "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
- "전자서명인증사업자"란 전자서명인증무무를 하는 자를 말한다.
- "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
- "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

통계법

제18조(통계작성의 승인)

- 통계작성기관의 장은 새로운 통계를 작성하고자 하는 경우에는 그 명칭, 종류, 목적, 조사대상, 조사방법, 통계표 서식, 조사사항의 성별구분 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 미리 통계청장의 승인을 받아야 한다. 승인을 받은 사항을 변경하거나 승인을 받은 통계의 작성을 중지하고자 하는 경우에도 또한 같다.
- 통계작성기관의 장은 제1항에 따른 승인을 받거나 제20조에 따른 협의를 거치기 전에 행정자료를 활용한 통계의 작성이 가능한 것인지 여부를 미리 판단하여야 한다. 이 경우 통계작성기관의 장은 이에 대한 판단을 통계청장에게 의뢰할 수 있다.
- 통계청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 승인을 하지 아니할 수 있다.
 - 이미 승인을 받은 다른 통계와 조사 또는 보고의 대상·목적 및 방법 등 그 내용이 동일 또는 유사하다고 인정되는 경우
 - 표본규모가 지나치게 작거나 검증된 통계작성기법을 사용하지 아니하여 통계의 신뢰성을 확보할 수 없다고 인정되는 경우
 - 조사 또는 보고의 대상 또는 목적 등이 특정 이익집단 또는 특정부문에 편중되거나 영리적인 목적으로 작성되는 등 공공의 이익을 목적으로 작성된다고 보기 어려운 경우
- 통계청장은 제1항에 따른 승인을 한 때에는 이를 고시하여야 한다. 이 경우 승인을 한 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 등 고시에 포함되어야 할 사항은 대통령령으로 정한다.

제24조(행정자료의 제공)

- ① 중앙행정기관의 장 또는 지방자치단체의 장은 통계의 작성을 위하여 필요한 경우에는 공공기관의 장에게 행정자료의 제공을 요청할 수 있다.
- ② 공공기관의 장은 제1항에 따라 행정자료의 제공을 요청받은 때에는 국가기밀, 개인과 기업의 중대한 비밀의 침해 등 대통령령으로 정하는 정당한 사유가 없으면 그 요청을 따라야 한다.
- ③ 제2항에 따라 행정자료를 제공하는 경우 그 제공범위 및 방법 등에 관하여는 요청기관의 장과 제공기관의 장이 협의하여 결정하되, 제공기관의 장은 요청기관의 장에게 행정자료에 포함되어 있는 개인이나 법인 또는 단체 등의 정보를 보호하기 위하여 사용방법·사용부서나 그 밖에 필요한 사항에 대하여 제한을 하거나 행정자료의 안전성 확보를 위하여 필요한 조치(이하 “정보보호조치”라 한다)를 강구하도록 요청할 수 있다.
- ④ 제2항에 따라 공공기관으로부터 제공받은 행정자료는 이를 통계작성 외의 목적으로 사용하거나 다른 자에게 제공하여서는 아니 된다.
- ⑤ 행정자료 제공기관의 장은 요청기관의 장이 제3항에 따라 요청한 정보보호조치를 하지 아니하거나 제4항을 위반하는 경우에는 행정자료의 제공을 중지 또는 제한할 수 있다.

통계법 시행령

제32조(조사표 등의 기재 사항)

통계작성기관의 장은 법 제18조제1항 또는 법 제20조제1항에 따라 승인을 받거나 협의를 거친 통계를 작성하는 경우 그 조사표 또는 보고서식 등 작성서식의 표지에 통계의 명칭, 통계작성기관의 명칭 및 통계작성승인번호 또는 통계작성협의번호를 적고 기획재정부령으로 정하는 국가통계승인(협의)마크를 표시하여야 한다.

통계법 시행규칙

제20조(국가통계승인(협의) 마크)

영 제32조에 따른 국가통계승인(협의)마크는 별표 2와 같다.

[별표 2] 국가통계승인(협의)마크(제20조 관련)(통계법 시행규칙)



- 주: 1. 국가통계승인(협의)마크의 크기는 지름을 1.5 ~ 3.0cm로 하여 조사표(보고서식)의 표지 왼쪽 윗부분에 표시한다.
- 주: 2. 보도자료 배포 시 국가통계승인(협의)마크는 승인(협의)통계명 왼쪽에 위치하여야 한다.
- 주: 3. 간행물 배포 시 국가통계승인(협의)마크는 간행물 표지에 사용하여야 한다.
- 주: 4. 조사표, 보도자료, 간행물의 색상 및 서식에 따라 통계청장이 정하는 국가통계 승인(협의)마크 응용형을 사용할 수 있다.

형법

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.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

형사소송법

제453조(정식재판의 청구)

- ① 검사 또는 피고인은 약식명령의 고지를 받은 날로부터 7일 이내에 정식재판의 청구를 할 수 있다. 단, 피고인은 정식재판의 청구를 포기할 수 없다.
- ② 정식재판의 청구는 약식명령을 한 법원에 서면으로 제출하여야 한다.
- ③ 정식재판의 청구가 있는 때에는 법원은 지체없이 검사 또는 피고인에게 그 사유를 통지하여야 한다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
- 2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
- 3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
 - 가. 삭제 <2018. 3. 27.>
 - 나. 삭제 <2018. 3. 27.>
 - 다. 삭제 <2018. 3. 27.>
 - 라. 삭제 <2018. 3. 27.>
 - 마. 삭제 <2018. 3. 27.>
- 4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
- 5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
- 6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기 환자로 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 "말기환자등"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.

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

- ① 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 지정을 받으려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 호스피스전문기관(이하 "호스피스전문기관"이라 한다)에 대하여 제 29조에 따른 평가결과를 반영하여 호스피스사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다.
- ④ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 호스피스전문기관의 지정에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

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.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙

제2조(말기환자의 진단 기준)

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에 따라 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 말기환자 여부를 진단하는 경우에는 다음 각 호의 기준을 종합적으로 고려하여야 한다.

- 1. 임상적 증상
- 2. 다른 질병 또는 질환의 존재 여부
- 3. 약물 투여 또는 시술 등에 따른 개선 정도
- 4. 종전의 진료 경과
- 5. 다른 진료 방법의 가능 여부
- 6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 준하는 것으로서 말기환자의 진단을 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 기준

가나다순 특별약관 색인

(기호)

(독립특별약관) 무배당 가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관	551
- 가족일상생활중배상책임Ⅲ(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관	569
(독립특별약관) 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관	447
- 간병인사용상해입원비(1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	482
- 간병인사용상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	476
- 간병인사용질병입원비(1일이상10일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	485
- 간병인사용질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	479
- 간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	466
- 간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	471
- 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편,갱신형) 특별약관	469
- 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(3N5간편,갱신형) 특별약관	474
(독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관	491
- 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	511
- 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	508
(독립특별약관) 무배당 상해질병치료지원금(갱신형) 특별약관	517
- 상해질병치료지원금(연간1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	535
- 상해질병치료지원금(중위소득100%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	540
- 상해질병치료지원금(중위소득200%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	543
- 상해질병치료지원금(중위소득300%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	546
- 상해질병치료지원금(중위소득50%이상,최초1회한,급여)(3N5간편,갱신형) 특별약관	538
(독립특별약관) 무배당 특정항암방사선치료비(갱신형) 특별약관	421
- 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	440
- 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	438
(독립특별약관) 무배당 특정항암약물치료비(갱신형) 특별약관	381
- 갑상선암호르몬약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	408
- 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	403
- 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	398
- 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한,1년감액지급)(3N5간편,갱신형) 특별약관	412

(0~9)

10대고액치료비암진단비(3N5간편), 10대고액치료비암진단비(3N5간편,갱신형) 168

특별약관 168

124대질병수술비(3N5간편), 124대질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관 157

4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(3N5간편), 4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관 187

4대유사암진단비(3N5간편), 4대유사암진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관 166

5대골절수술비(3N5간편) 특별약관 114

5대골절진단비(3N5간편) 특별약관 104

5대장기이식수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관 357

7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한)(3N5간편) 특별약관 159

(ㄱ)

가입 후 무사고 고객 계약전환 특별약관 582

각막이식수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관 358

갑상선기능항진증치료비(1회한,급여)(3N5간편) 특별약관 280

갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관 285

경증이상치매진단비(90일이상)(3N5간편) 특별약관 351

계속암(재진단암)진단비Ⅱ(3N5간편) 특별약관 255

계속암(재진단암,4대유사암포함)진단비(3N5간편) 특별약관 260

골절(치아파절제외)진단비(3N5간편) 특별약관 104

골절(치아파절포함)진단비(3N5간편) 특별약관 104

골절수술비(3N5간편) 특별약관 112

관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관 282

관절증(엉덩,무릎)수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관 356

급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편), 급성심근경색증(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관 240

급성심근경색증수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관 244

급성심근경색증수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관 243

급성심근경색증진단비(3N5간편), 급성심근경색증진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관 238

김스치료비 특별약관 362

(ㄴ)

뇌경색증혈전용해치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관 227

뇌전증진단비(3N5간편) 특별약관 228

뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편), 뇌졸중(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관 215

뇌졸중수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관 219

뇌졸중수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관 218

뇌졸중진단비(3N5간편), 뇌졸중진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관 213

뇌출혈(90일면책)진단비(3N5간편) 특별약관 223

뇌출혈수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관 225

뇌출혈수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관 224

뇌출혈진단비(3N5간편) 특별약관 222

뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편), 뇌혈관질환(90일면책)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관 206

뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편), 뇌혈관질환수술비(1회한)(3N5간편)(갱신형) 특별약관	210
뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편), 뇌혈관질환수술비(수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관	208
뇌혈관질환직접치료종합병원통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	212
뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	211
뇌혈관질환진단비(3N5간편), 뇌혈관질환진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	203
뇌혈관특정질환진단비(3N5간편) 특별약관	220

(ㄷ)

대상포진눈병진단비(3N5간편) 특별약관	271
대상포진진단비(3N5간편) 특별약관	270
대인형사합의실손보장 공탁금 선지급 특별약관	581
대인형사합의실손비(스쿨존사고,어린이42일미만진단,운전자용) 추가보장 특별약관	578
대인형사합의실손비(운전자용) 특별약관	375
대인형사합의실손비(중대법규위반,42일미만,운전자용) 특별약관	377
독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관	278

(ㄹ)

만성호흡기질환진단비(3N5간편) 특별약관	267
말기암(특정유사암포함)호스피스완화의료치료비(입원형,1회한)(3N5간편) 특별약관	200
말기폐질환진단비(3N5간편) 특별약관	268
면허정지일당(120일한도,영업용운전자용) 특별약관	379
면허취소발생금(영업용운전자용) 특별약관	379

(ㅁ)

법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	578
보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암)(3N5간편) 특별약관	291
보장특약 자동갱신 특별약관	581
보험료납입면제대상보장(4대사유)(3N5간편) 특별약관	287
보험료자동납입 특별약관	575

(ㄴ)

상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편), 상해1-5종수술비Ⅲ(3N5간편,갱신형) 특별약관	95
상해1-8종수술비Ⅲ(급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편)	97
상해80%이상후유장해(1804)(3N5간편) 보장	72
상해간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	92
상해사망(3N5간편) 특별약관	81
상해상급종합병원수술비(3N5간편) 특별약관	101
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	87
상해성뇌출혈수술비(수술1회당)(3N5간편) 특별약관	102
상해수술동반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	90
상해수술동반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편) 특별약관	88
상해수술비(3N5간편), 상해수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관	94
상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편), 상해입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신형) 특별약관	83

상해입원비(4일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	83
상해중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	86
상해중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	84
상해중환자실입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관	85
상해질병치료지원금(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	297
상해질병치료지원금(중위소득100%이상,최초1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	302
상해질병치료지원금(중위소득200%이상,최초1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	305
상해질병치료지원금(중위소득300%이상,최초1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	308
상해질병치료지원금(중위소득50%이상,최초1회한,급여)(3N5간편)특별약관	300
상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편), 상해후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신형) 특별약관	81
심근병증진단비(3N5간편) 특별약관	266
심장부정맥과주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	283
심장판막협착증(대동맥판막)진단비(3N5간편) 특별약관	265
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	247
심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 I 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	246
심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편), 심혈관특정질환 II 진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	248

(o)

암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편), 암(4대유사암제외)수술비(1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	189
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편), 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(3N5간편,갱신형) 특별약관	185
암(4대유사암제외)진단비(3N5간편), 암(4대유사암제외)진단비(3N5간편,갱신형) 특별약관	163
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	196
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관	192
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관	194
암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (4일이상90일한도)(3N5간편) 특별약관	177
암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비(3N5간편) 특별약관	182
암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양병원제외,4일이상120일한도)(3N5간편) 특별약관	174
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회,연간30일한)(3N5간편) 특별약관	180
유방비늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)(3N5간편) 특별약관	286
유방절제수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관	360
응급실내원치료비(비응급) 특별약관	363
응급실내원치료비(응급) 특별약관	362
이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관	575

(ㄱ)

자동차사고대물벌금(실손,운전자용) 특별약관	370
자동차사고대인벌금 II (스쿨존사고외2천만원한도,실손,운전자용) 특별약관	369
자동차사고번호사선입비용(경찰조사포함)(실손,운전자용) 특별약관	373

자동차사고번호사선임비용(정식재판청구포함)(실손,운전자용) 특별약관	371
자동차사고부상발생금(1-14급,차등지급) 특별약관	116
장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(10년지급형)(3N5간편) 특별약관	340
장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(3년지급형)(3N5간편) 특별약관	332
장기요양급여금(1-5등급,재가및시설급여)(5년지급형)(3N5간편) 특별약관	336
장기요양진단비(1-2등급)(3N5간편) 특별약관	325
장기요양진단비(1-3등급)(1804)(3N5간편) 특별약관	327
장기요양진단비(1-4등급)(3N5간편) 특별약관	329
장기요양진단비(1-5등급)(3N5간편) 특별약관	331
장기요양진단비(1등급)(3N5간편) 특별약관	323
장루(인공항문)조성수술비(수술1회당,급여) 특별약관	354
전자서명 특별약관	577
조혈모세포이식수술비(1회한)(3N5간편) 특별약관	279
중등도이상치매진단비(90일이상)(3N5간편) 특별약관	347
중증외상산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편) 특별약관	111
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편),중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	311
중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편), 중증질환자(심장질환)산 정특례대상진단비(연간1회한)(3N5간편,갱신형) 특별약관	313
중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간편), 중증질환자(암)산정특례대상진단비(3N5간 편,갱신형) 특별약관	170
중증치매 I 산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관	315
중증치매 II 산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관	319
중증치매진단비 III (90일이상)(3N5간편) 특별약관	344
중증화상및부식진단비(3N5간편) 특별약관	107
중증화상산정특례대상진단비(3N5간편) 특별약관	108
지정대리청구서비스 특별약관	576
질병1-5중수술비 III (3N5간편), 질병1-5중수술비 III (3N5간편,갱신형) 특별약관	140
질병1-8중수술비 III (급여,시술포함,연간3회한)(3N5간편) 특별약관	144
질병80%이상후유장해(1804)(3N5간편) 특별약관	121
질병간호간병통합서비스입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	134
질병사망(3N5간편) 특별약관	121
질병상급종합병원수술비(3N5간편) 특별약관	148
질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	132
질병수술동반입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	153
질병수술동반입원비(1일이상20일한도)(3N5간편) 특별약관	150
질병수술비(3N5간편), 질병수술비(3N5간편,갱신형) 특별약관	136
질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편), 질병수술비(특정5대질병제외)(3N5간편,갱신형) 특별약관	138
질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편), 질병입원비(1일이상180일한도)(3N5간편,갱신 형) 특별약관	125
질병입원비(4일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	127
질병중환자실입원비(1일이상10일한도)(3N5간편) 특별약관	131
질병중환자실입원비(1일이상180일한도)(3N5간편) 특별약관	128
질병중환자실입원비(1일이상30일한도)(3N5간편) 특별약관	129
질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편), 질병후유장해(3-100%)(1804)(3N5간편,갱신 형) 특별약관	123

(天)

창상봉합술치료발생금(안면부제외, 1일1회, 5cm이상, 연간3회한, 급여)(3N5간편) 특별약관 361

첫3대질병(암(4대유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증)진단비(1회한)(3N5간편) 특별약관 251

주간판장애수술비(3N5간편) 특별약관 354

(E)

통풍진단비(3N5간편) 특별약관 272

특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한, 급여)(3N5간편) 특별약관 162

특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관 250

특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한, 급여)(3N5간편) 특별약관 281

특정상해성뇌출혈진단비(3N5간편) 특별약관 106

특정상성뇌종양진단비(3N5간편) 특별약관 202

특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)(3N5간편) 특별약관 284

특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편) 특별약관 198

특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)(3N5간편) 특별약관 199

특정전염병발생금(3N5간편) 특별약관 269

특정천공동반계실병진단비(3N5간편) 특별약관 274

특정천공동반질병진단비(3N5간편) 특별약관 273

특정천공진단비(3N5간편) 특별약관 272

(丑)

파킨슨병진단비(3N5간편) 특별약관 275

(ㅎ)

허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편), 허혈성심장질환(90일면책)진단비(3N5간편, 갱신형) 특별약관 231

허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편), 허혈성심장질환수술비(1회한)(3N5간편, 갱신형) 특별약관 235

허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편), 허혈성심장질환수술비(수술1회당)(3N5간편, 갱신형) 특별약관 234

허혈성심장질환직접치료종합병원통원비(1일1회, 연간30일한)(3N5간편) 특별약관 237

허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회, 연간30일한)(3N5간편) 특별약관 237

허혈성심장질환진단비(3N5간편), 허혈성심장질환진단비(3N5간편, 갱신형) 특별약관 229

화상수술비(3N5간편) 특별약관 115

화상진단비(3N5간편) 특별약관 105

화상진단비(표재성포함2도이상, 연간1회한)(3N5간편) 특별약관 105