

Chubb 단체상해보험 II 보통약관

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(목적)

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

제2조(용어의 정의)

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

1. 계약관계 관련 용어

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

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
나. 장애: <별표 1> 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.
나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

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

- 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
- 보험기간 중 상해로 장애분류표(<별표 1> 참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장애분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제3호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표 1〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화될 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조】 제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.<개정 2009.1.30, 2011.6.7, 2016.5.29>
 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 임부·해산부·산욕부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원

- ⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장애(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장애지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장애지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장애보험금을 지급

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서 (회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청

3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
 - ③ 제2항에 따라 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
 - ④ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
 - ⑤ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
 - ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실 확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
 - ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경의 통지)

- 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 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제2호의 경우는 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 보험료 납부의무, 위험변경·증가의 통지의무, 보험사고 발생의 통지의무, 위험유지 의무 등의 책임을 연대하여 집니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 “고지의무”와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

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(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지 (우편, 전화, 방문 등)

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

계약변경사항 인수 심사

정산금액 처리 (환급 또는 추가납입)

계약변경 완료

- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 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 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 - 3. 계약체결일(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
 - 4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 5. 보험설계사 등이 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 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
 - ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
 - ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 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 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제16조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 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 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%’를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제18조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
 2. 보험기간이 90일 이내인 계약
 3. 전문금융소비자가 체결한 계약

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

【일반금융소비자】 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 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 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 전화를 이용하여 청약내용, 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 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게

- 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

【전자서명법 제2조(정의) 제2호】 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 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 계약의 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제20조(계약의 무효)

- ① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
 2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 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 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

【심신상실자 및 심신박약자】 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

- ② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
 1. 보험종목 또는 보장종목
 2. 보험기간

3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험 종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험 종목을 변경하여 드립니다.
- ③ 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】 생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일
 ⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제23조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 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 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생할 때까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
 - ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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

- ① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제27조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 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)를 준용합니다.

- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제13조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제28조(강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제29조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 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 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.
- ② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 제1항 제2호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우
 2. 회사가 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약) 또는 제30조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
 3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실
- ④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제33조(분쟁의 조정)

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

제34조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와

계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제35조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제36조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제37조(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 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제38조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제39조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 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.

제40조(준거법)

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

제41조(예금보험에 의한 지급보장)

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

【부표】 보험금을 지급할 때의 적립이율(제8조 제5항 관련)

기간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8%)

- 주)
1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
 2. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

Chubb 단체상해보험 II 특별약관

상해 80%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표(〈별표1〉 참조)에서 정한 각 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 고도후유장해보험금

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(〈별표1〉 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 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 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 고도후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 고도후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 80%미만 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

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

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표(〈별표1〉 참조)에서 정한 각 장해지급률이 80%미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 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 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 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 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

【예시】

보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 장해보험금을 지급

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정된 경우에는 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 보험수익자에게 암진단비로 지급하여 드립니다.

구분	지급보험금
암(기타피부암, 갑상선암 제외) 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액 전액
기타피부암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
갑상선암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
상피내암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
경계성종양 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

- ② 제1항의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.
- ③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “기타 피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】(상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑥ 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(기타피부암, 갑상선암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양 손해를 각각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

암진단비 II 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 특정암, 일반암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정된 경우에는 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 보험수익자에게 암진단비로 지급하여 드립니다.

구분	지급보험금
특정암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
일반암(특정암, 기타피부암, 갑상선암 제외) 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
기타피부암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
갑상선암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
상피내암 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
경계성종양 진단확정시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

② 제1항의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.

③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “일반암”이라 함은 “특정암, 기타피부암, 갑상선암”이외의 암을 말하고, “특정암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정암으로 분류되는 질병(【별표5】(특정암 분류표) 참조)으로서 피보험자가 남자인 경우에는 “3대암”을, 여자인 경우에는 “여성특정암”을 말합니다. 다만 전암(前癌) 상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “기타 피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】(상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑦ 특정암, 일반암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 특정암, 일반암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암(기타피부암, 갑상선암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양 손해를 각각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

암수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 이 특별약관 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 때에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로

- 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.
- ③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “기타 피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】(상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑥ 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(암수술비)

회사는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 수술을 받은 경우 수술 1회당 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 암수술비로 지급하여 드립니다.

구분	암수술비
암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 인해 수술을 받았을 때	이 특별약관 보험가입금액 전액
기타피부암으로 인해 수술을 받았을 때	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
갑상선암으로 인해 수술을 받았을 때	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
상피내암으로 인해 수술을 받았을 때	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
경계성종양으로 인해 수술을 받았을 때	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

제5조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

요양병원 제외 암입원일당(4일이상 120일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 4일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 이 특별약관 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.
- ③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “기타 피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 **【별표2】** (악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 **【별표2】** (악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(**【별표3】** (상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(**【별표4】** (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑥ 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단된 경우에는 이는 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

- ③ “암의 직접적인 치료”에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(암입원일당)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 4일 이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 암입원일당으로 지급하여 드립니다.

구분	암입원일당
암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 인해 4일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액 전액
기타피부암으로 인해 4일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
갑상선암으로 인해 4일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
상피내암으로 인해 4일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
경계성종양으로 인해 4일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

- ② 제1항의 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 입원이라든가 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원급여금이 지급된 최종 입원일	보장재개
	퇴원없이 계속 입원	...
보장제외(3일)	보장(120일)	보장제외(180일) 보장제외(3일) 보장(120일) ...

- ⑤ 제1항의 경우 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암입원일당은 계속 보상하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원일당의 전부

또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제6조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

요양병원 암입원일당(1일 이상 90일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 1일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다.)하여 이 특별약관 제3조(입원의 정의와 장소)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.
- ③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “기타 피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특별약관 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】(상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑥ 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정에는 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle

aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

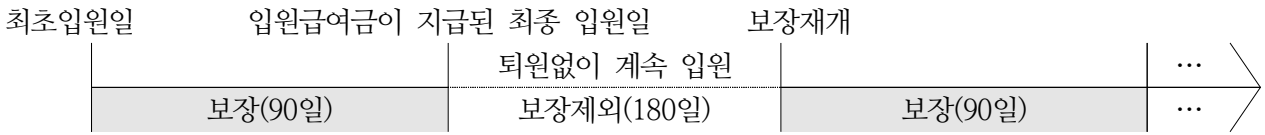
- ① 이 계약에 있어서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자 (이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 “암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단된 경우에는 이는 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

제4조(암입원일당)

- ⑦ 회사는 피보험자가 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 요양병원에 1일 이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 암입원일당으로 지급하여 드립니다.

구분	암입원일당
암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 인해 1일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액 전액
기타피부암으로 인해 1일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
갑상선암으로 인해 1일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
상피내암으로 인해 1일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
경계성종양으로 인해 1일이상 입원시	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

- ⑧ 제1항의 암입원일당의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 합니다.
- ⑨ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ⑩ 제3항에도 불구하고 동일한 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 입원이라도 암입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양에 대한 입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ① 제1항의 경우 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 암입원일당은 계속 보상하여 드립니다.
- ② 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.

제6조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 뇌졸중으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 뇌졸중진단비로 지급하여 드립니다.

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 "뇌졸중"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 대뇌혈관질환중에서 거미막밑출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 머리내출혈, 뇌경색증, 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥 또는 대뇌동맥의 폐색 및 협착으로 분류되는 질병(【별표6】(뇌졸중 분류표) 참조)을 말합니다.
- ② 뇌졸중의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자 구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 급성심근경색증진단비로 지급하여 드립니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 "급성심근경색증"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 허혈성심장질환 중에서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표7】(급성심근경색증 분류표) 참조)을 말합니다.
- ② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자 구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 허혈성심장질환으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 허혈성심장질환진단비로 지급하여 드립니다.

제2조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표8】(허혈성심장질환 분류표) 참조)을 말합니다.
- ② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가

허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 허혈성심장질환중 급성심근경색증으로 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

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

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자 구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 뇌혈관질환진단비로 지급하여 드립니다.

제2조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 "뇌혈관질환 분류표"(【별표9】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자 구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 뇌출혈로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 뇌출혈진단비로 지급하여 드립니다.

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ③ 이 계약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 "뇌출혈 분류표"(【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ④ 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기 공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자 구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

수술비용(동일사고당 또는 동일질병당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표11】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 수술비는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 두종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비만을 지급하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및

신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공동도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다

골절(치아파절제외)진단비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표12】(골절(치아파절제외)분류표)에서 정한 골절(치아파절은 제외합니다. 이하 같습니다)로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 골절진단비는 매사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 골절상대가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표13】(골절분류표)에서 정한 골절(치아파절은 제외합니다. 이하 같습니다)로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 골절진단비는 매사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의

골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해로 【별표13】(골절분류표)에서 정한 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비 보험금만을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를지급 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와

보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 아래의 손해에 대하여 보상하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 【별표14】(화상분류표)에서 정한 화상으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 【별표14】(화상분류표)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ③ 제1항의 화상진단비는 매사고시마다 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 상해로 【별표14】(화상분류표)에서 정한 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술비 보험금만을 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 【별표14】(화상분류표)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을

말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 아래의 손해에 대하여 보상하지 않습니다.
1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고 전 상태로 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해수술비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중에 피보험자가 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 상해수술비 보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비 보험금만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 아래의 손해에 대하여 보상하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술 다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다.
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해입원일당(1일 이상 180일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받은 경우에는 1회 입원당 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 일당액을 입원일당으로 지급합니다.
- ② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료 전 최종입원일로부터 계속 중인 입원기간에 대한 입원일당을 180일을 한도로 제1항 및 제2항의 규정에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【용어풀이】

1. 입원
이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2. 의사

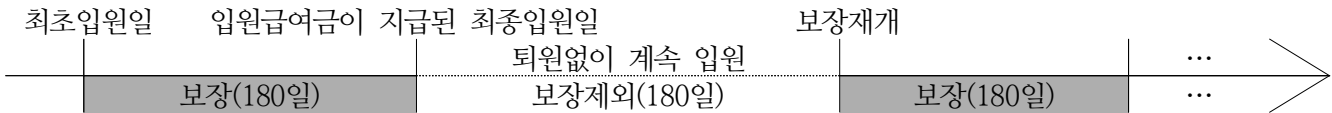
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 의사의 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 일당액을 입원일당으로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병으로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당은 계속 보상하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑦ 제1항의 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제2조(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, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - 2. 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을

지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 성병

6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

7. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해

8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 손해는 보상하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

4. 정상분만, 치과질환

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【용어풀이】

1. 입원

이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병입원일당(1일 이상 180일 한도) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 질병입원일당 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병으로 보험기간 중에 입원을 개시하는 경우에도 질병입원일당 특별약관 제1조 제2항 내지 제6항에 따라 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 질병입원일당을 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 진단확정된 질병과 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 질병입원일당을 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일 이내에 이 계약의 질병입원일당 특별약관의 보장이 갱신되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고 보험사가 이를 승인한 경우에는 계약이 갱신된 것으로 봅니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 질병입원일당 특별약관을 따릅니다.

질병입원일당(4일이상 180일한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일 이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받은 경우에는 3일 초과 입원 1일에 대하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 일당액을 입원일당으로 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.
- ③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적으로 보험기간중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제2항을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원급여금이 지급된 최종 입원일		보장재개		...
	퇴원없이 계속 입원				...
보장제외(3일)	보장(180일)	보장제외(180일)	보장제외(3일)	보장(180일)	...

- ⑤ 제1항의 경우 피보험자가 질병으로 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 보험기간 만료 후 최초로 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당은 계속 보상하여 드립니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 아니합니다.
- ⑦ 제1항의 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제2조(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, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 - 2. 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 성병
 6. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 7. 의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구에 입은 손해
 8. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 아래에 정한 사유로 발생한 손해는 보상하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제3조(대표나이의 지정)

단체계약에 따른 대표나이는 피보험자가 성별(남, 여)과 피보험자구분별(본인, 배우자, 부모, 자녀)로 각각 50인 이상인 경우 평균나이의 보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【용어풀이】

1. 입원
이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
2. 의사
피보험자(보험대상자) 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병입원일당(4일이상 180일한도) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 질병입원일당 특별약관(II) 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병으로 보험기간 중에 입원을 개시하는 경우에도 질병입원일당 특별약관 제1조 제2항 내지 제6항에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 질병입원일당을 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 진단확정된 질병과 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 질병입원일당을 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일 이내에 이 계약의 질병입원일당 특별약관의 보장이 갱신되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고 보험사가 이를 승인한 경우에는 계약이 갱신된 것으로 봅니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 질병입원일당 특별약관(II)을 따릅니다.

전화금융사기(보이스피싱)손해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간 중에 피보험자가 대한민국 내에서 발생한 전화금융사기(보이스피싱)사고로 금전적인 손해를 입은(또는 지출한) 경우에는 피보험자가 입은(또는 지출한) 실제 금전손해액을 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 보험수익자에게 보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자는 사고가 발생한 때에 “전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법” 제3조(【별표 15】 참조)에 따라 전기통신금융사기의 피해 구제를 신청하여야 합니다.

구분	지급금액
전화금융사기(보이스피싱)손해 보험금	이 특별약관의 보험가입금액 한도 실손보상

제2조(전화금융사기(보이스피싱) 등의 정의)

- ① “전화금융사기(보이스피싱)”라 함은 사기범이 전화로 피보험자에게 전화를 걸어 공공기관, 금융기관, 수사기관 등을 사칭해 세금환급, 대금연체(신용카드, 이동통신이용료 등), 카드 도용, 카드발급, 출석요구, 거짓 납치사고, 범죄 연루 등을 빌미로 송금을 요구하거나 개인정보 및 금융정보를 탈취하는 수법을 말합니다.
- ② “실제 금전손해액”이라 함은 전화금융사기(보이스피싱)으로 인하여 송금 이체된 금액에서 ‘전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법’ 제10조(【별표 15】 참조)에 의해 지급되는 피해환급금을 제외한 금액을 말합니다.
- ③ “피해환급금”이라 함은 ‘전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법’ 제5조(【별표 15】 참조)에 따라 금융감독원이 채권소멸절차의 개시 공고 후 소멸된 채권을 기초로 동법 제10조(【별표 15】 참조)에 따라 금융회사가 피보험자에게 지급하도록 결정한 금액을 말합니다.
- ④ “개인정보”라 함은 생존하는 개인의 신상에 관한 정보로서 당해 정보에 포함되어 있는 성명, 주소, 생년월일 또는 주민등록번호 등에 의해 당해 개인을 식별할 수가 있는 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 식별할 수 없더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 포함합니다)를 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 보이스피싱에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(각종 공제회에 가입되어 있는 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자 또는 피보험자의 대리인의 고의 또는 범죄행위로 인한 사고(공모한 경우를 포함합니다)
2. 피보험자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피보험자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 피보험자와 생계를 같이하는 배우자 및 직계친족에 의한 사고
4. 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법”에 따라 지급 받은 해당 금액

5. 제1조(보험금의 지급사유)에 명기된 손해 이외의 일체의 비용 또는 손해
6. 구두 또는 문서에 의한 비방, 중상에 따른 인격권 침해
7. 원인의 직·간접을 불문하고, 전쟁(선전포고의 유무를 구분하지 않습니다), 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태
8. 영업비밀, 저작권, 특허권 또는 이와 유사한 지적재산권 침해
9. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 의하여 가중된 손해배상책임. 그러나 약정이 없었더라도 법률규정에 의하여 피보험자가 부담하게 될 배상책임은 보상합니다.
10. 피보험자가 입은 신체적인 상해, 질병 또는 장애, 정신적 쇼크, 정신적 고통 또는 정신 장애
11. 피보험자가 자발적으로 제 3자에게 개인정보를 제공하거나 노출한 경우
12. 차압, 구류, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공단체의 공권력 행사
13. 보험기간 이전에 발생한 사고나 손해로 인하여 보험기간 중에 발생한 손해 또는 비용

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 3. 수사기관의 피해신고확인서 등 관련자료
 4. 지급정지요청서(‘전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법’ 시행령 별지 제2호) 사본. 단, 지급정지금액이 없는 경우 피해구제신청서(‘전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법’ 시행령 별지 제1호) 사본 및 지급정지금액이 없음을 증명할 수 있는 서류
 5. 금융감독원의 ‘피해환급금 결정 통지서’ 또는 객관적으로 피해환급금 수령을 증명할 수 있는 서류
 6. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 회사는 이에 소요되는 비용을 보상합니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

일상생활배상책임 특별약관 II

제1조(용어의 정의)

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

1. 계약 관련 용어
 - 가. 피보험자: 보험사고로 인하여 손해를 입은 사람(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관)을 말합니다.

2. 보상 관련 용어

- 가. 배상책임: 보험기간 중에 발생한 보험사고로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
- 나. 보상한도액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 제6조(보험금 등의 지급한도)에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
- 다. 자기부담금: 보험사고로 인하여 회사가 지급하는 보험금 중 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
- 라. 보험금 분담: 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 비율에 따라 손해를 보상합니다.
- 마. 대위권: 회사가 보험금을 지급하고 취득하는 법률상의 권리를 말합니다.

제2조(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하 “피보험자”라 합니다)가 국내외에서 아래에 열거한 사고(이하 “사고”라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임손해”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다.
 - 1. 피보험자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 - 1. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 따른 우연한 사고
 - ② 회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.
 - 1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
 - 2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제8조(손해방지의무)제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.
 - 나. 피보험자가 제8조(손해방지의무)제1항 제2호에 따라 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피보험자가 제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용
- ③ 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 배상책임을 부담합니다.
- ④ 제3조 2항 2호에도 불구하고, 제3항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제3조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
 - 2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
 - 3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
 - 4. 핵연료 물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

5. 제14호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
 4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
 5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임

【민법 제777조(친족의 범위)】 친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

가. 8촌이내의 혈족

나. 4촌이내의 인척

다. 배우자

6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임
12. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제4조(손해의 발생과 통지)

- 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 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제1항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 제2조(보상하는 손해) 제1호 및 제2호 '다'목 또는 '라'목의 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다.

【제657조(보험사고발생의 통지의무)】

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

제5조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

- 1. 보험금 청구서(회사양식)
- 2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
- 3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
- 4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

제6조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
 - 1. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제1호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 - 2. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 - 3. 제2조(보상하는 손해) 제2항 제2호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.
- ② 보험기간 중 발생하는 사고에 대한 회사의 보상총액은 보험증권에 기재된 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 합니다.

제7조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 - 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 - 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 - 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일

- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(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 조정)에 관한 비용 포함 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.
- ② 회사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제10조(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 한도내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

【보상책임을 지는 한도】 동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말합니다.

- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보험가입금액(보상한도액)을 명백하게 초과하는 때
 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제11조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위내에서 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 조치를

- 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 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.

제12조(사기에 의한 계약)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제13조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 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 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제14조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄 상해사망 및 피해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 다음 각 호에 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄상해보험금으로 지급하여 드립니다.
 1. 형법 제24장에서 정하는 살인죄
 2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
 3. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
 4. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
 5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄
- ② 제1항에도 불구하고 제1항에서 정한 1.의 살인, 2.의 상해와 폭행 및 5.의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 강력범죄의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련 자료에 따릅니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭처법” 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해

3. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
4. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해
5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 소득보상금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 사고로 상해를 입고 그 상해가 치유된 후 직접결과로써 사고일부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실(이하 “후유장해”라 합니다)되어 장해분류표(【별표1】 참조)에서 정한 지급률이 50%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 그 후유장해의 상태에 따라 아래의 소득보상금을 일시금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

지급사유	소득보상금
100% 후유장해	이 특별약관의 보험가입금액의 100%
80%이상 100%미만 후유장해	이 특별약관의 보험가입금액의 70%
50%이상 80%미만 후유장해	이 특별약관의 보험가입금액의 35%

- ② 제1항의 소득보상금을 피보험자가 분할하여 지급받고자 요청한 때에는 매년 사고발생 해당일에 보험개발원이 공시하는 정기예금이율을 반영한 금액을 분할하여 지급합니다.
- ③ 50% 이상의 후유장해가 두 번 이상 발생했을 때에는 높은 등급에 해당하는 소득보상금을 지급합니다.
- ④ 회사가 지급하여야 할 소득보상금은 보험기간을 통하여 보험증권에 기재된 소득보상금 보험가입금액을 한도로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 13대 질병 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 특정 13대 질병으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 특정 13대 질병 수술비로 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 특정 13대 질병 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(특정 13대 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관의 「특정 13대 질병」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정 13대 질병으로 분류되는 질병(【별표 17】(특정 13대 질병 분류표) 참조)을 말합니다.
- ② 「특정 13대 질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제 1항 이외에도 회사는 한국표준질병·사인분류에 따른 다음 각 호의 질병에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~ N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4., R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(I84, K60 ~ K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 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(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence) • 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순

포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) • 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절(1~5종)진단비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표 18】 골절(1~5종)분류표에서 정한 골절(1~5종)로 진단 확정되었을 경우에는 골절 종류에 따라 아래의 종별 지급금액을 보험수익자에게 골절진단보험금으로 지급합니다.

구분	지급금액
1종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
2종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
3종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
4종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
5종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제1조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.
 1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한

보험금은 지급합니다.

3. 계약자의 고의

- 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절(치아파절제외, 1~5종)진단비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【별표 19】 골절(치아파절제외, 1~5종)분류표에서 정한 골절(치아파절 제외, 1~5종)로 진단 확정되었을 경우에는 골절 종류에 따라 아래의 종별 지급금액을 보험수익자에게 골절진단보험금으로 지급합니다.

구분	지급금액
1종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
2종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
3종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
4종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
5종 골절	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 치아파절(S02.5)을 포함한 복합골절로 진단확정시에는 이 약관의 종별 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 경우 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 골절을 기준으로 지급하여 드립니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ② 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지
아니합니다.
1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친
경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한
보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일부터
2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을
지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ③ 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여
제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.
4. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을
필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트,
패러글라이딩
5. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만,
공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
6. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(화상심도별, 동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 **【별표14】** (화상 분류표)에 정한 화상 중 심재성 2도
이상의 화상으로 진단 확정 받은 경우에는 화상심도에 따라 아래의 지급금액을 보험수익자에게 화상진단비로
지급합니다.

구분	지급금액
심재성 2도 화상	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
심재성 3도 화상	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

- ② 제1항의 「화상」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 의하여 **【별표14】** (화상 분류표)에서 정한 화상(열상
포함)에 해당되고 심재성 2도이상의 화상을 말합니다.
- ③ 제1항의 화상진단비는 매사고시마다 지급하여 드립니다. 다만 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상상태가
된 경우에는 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 화상진단비를 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 허혈성심장질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 허혈성심장질환 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【의료기술평가위원회】 의료법 제54조(의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표8】(허혈성심장질환 분류표) 참조)을 말합니다.
- ② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 허혈성심장질환중 급성심근경색증으로 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 뇌혈관질환 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 뇌혈관질환 수술을 받을 경우에는 1회의 수술로 봅니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류(KCD)의 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표9】(뇌혈관질환 분류표) 참조)을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원 장기요양 직권면직 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 장기요양으로 인한 직권면직이 된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 “장기요양으로 인한 직권면직”이라 함은 국가공무원법 제70조(직권 면직) 제1항 제4호 및 지방공무원법 제62조(직권면직) 제1항 제2호의 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 않거나 직무를 감당할 수 없어서 직권면직이 된 경우를 말하고, 직권면직일은 국가공무원법 또는 지방공무원법에서 정한 징계위원회 또는 인사위원회 등에서 결정한 직권면직일로 합니다.
- ③ 제2항의 휴직은 국가공무원법 제71조(휴직) 제1항 제1호 및 지방공무원법 제63조(휴직) 제1항 제1호의 공무원의 신체·정신상의 장애로 장기 요양이 필요할 때의 휴직에 한합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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. 피보험자가 자유로운 의사결정을 할 수 있는 상태임에도 불구하고 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 않는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

공무원연금 장애 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 장애상태가 된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 “장애상태”는 공무원 재해보상법 제8조(급여) 제3호, 제28조(장애연금 또는 장애일시금) 및 공무원연금법 제28조(급여) 제3호, 제59조(비공무상 장애연금 또는 장애일시금)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 공무원 재해보상법 제9조(급여의 청구 및 결정) 및 공무원연금법 제29조(급여사유의 확인 및 급여의 결정)에서 정한 급여지급이 최초로 결정된 경우를 말합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 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

제3조(준용규정)

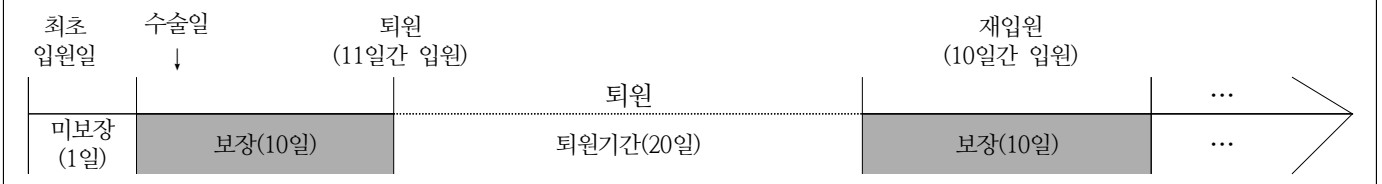
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 수술동반 입원일당(2일이상 20일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

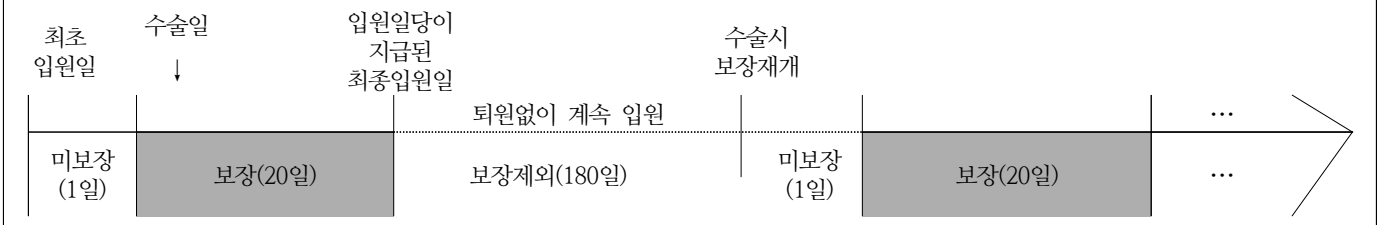
- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하“수술동반 입원”이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
 1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 상해의 직접결과로써 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 같은 상해로 2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ③ 수술 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

【보상예시】 동일한 상해로 11일간 수술입원, 퇴원 후 10일간 재입원시



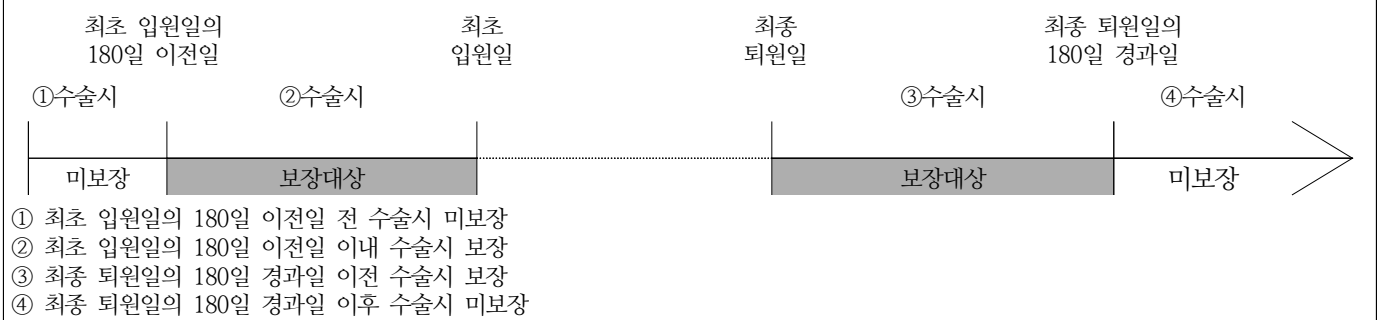
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제3항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【보상예시】 동일한 상해로 2회 이상 입원기간 동안 수술시



- ⑧ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제7항에 따라 입원일당을 지급합니다.

【보상예시】 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준



- ① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
- ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 보장
- ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 보장
- ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

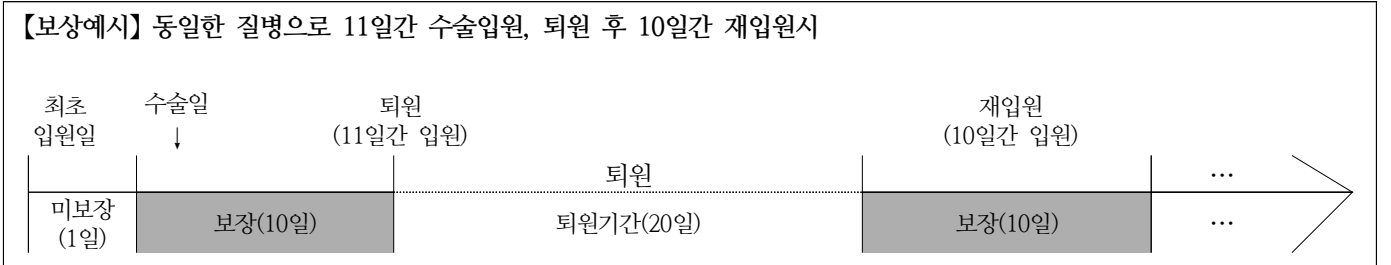
제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

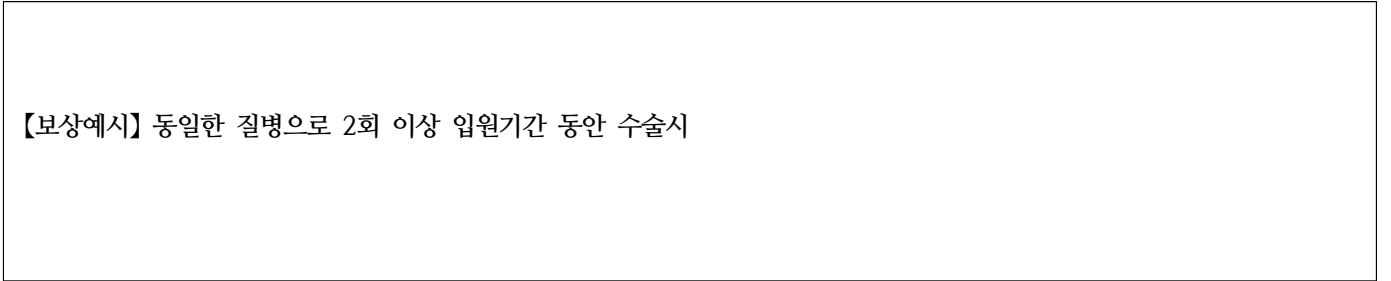
질병 수술동반 입원일당(2일이상 20일 한도) 특별약관

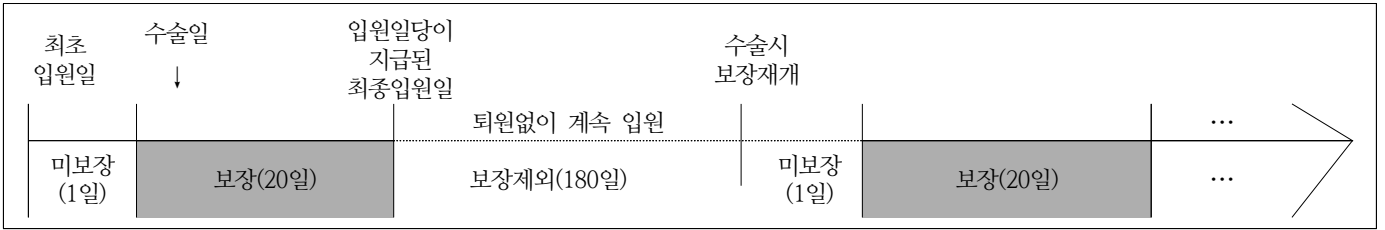
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하“수술동반 입원”이라 합니다) 최초 입원일의 다음날부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
 - 1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 - 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
 - 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 같은 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ③ 수술 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

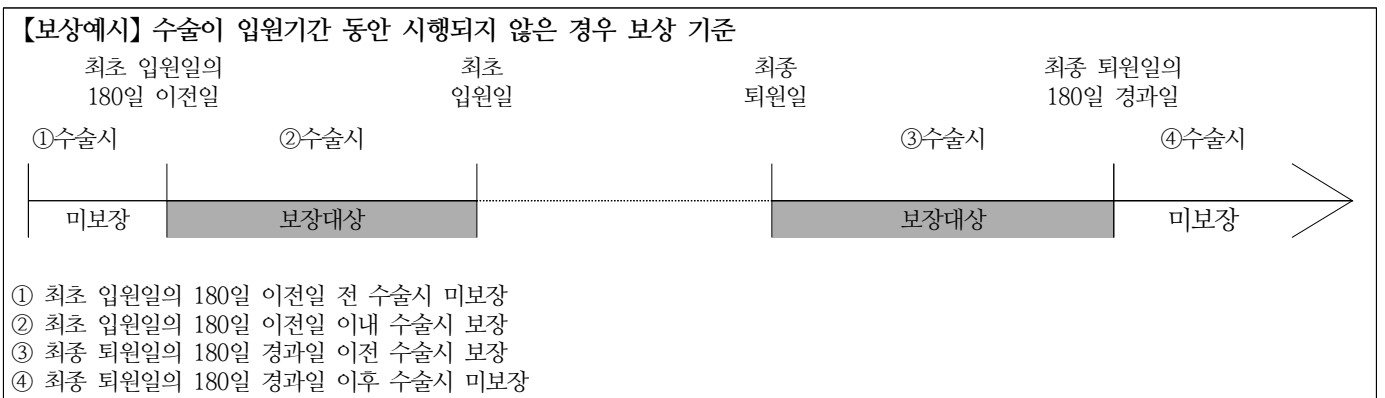


- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.





⑧ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제7항에 따라 입원일당을 지급합니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음의 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. 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 피보험자의 기질성치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
8. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
9. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
10. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
11. 정상분만, 치과질환

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 수술동반 입원일당(출산위험 포함, 2일이상 20일 한도) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 질병 수술동반 입원일당(2일이상 20일 한도) 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음의 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 기질성치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
5. 성병

6. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
8. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
9. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
10. 정상분만, 치과질환
11. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
12. 양수검사, 기형아검사
13. 철분제 등의 영양제 영양수액

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 질병 수술동반 입원일당(2일 이상 20일 한도) 특별약관을 따릅니다.

암 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 확정을 받은 후 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 암(기타피부암, 갑상선암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 상피내암, 경계성종양 진단확정에 따른 각각의 첩약 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 암(기타피부암, 갑상선암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 상피내암, 경계성종양 진단확정에 따른 각각의 약침 보험가입금액	연간 5회
한방특정물리요법치료비	보험증권에 기재된 암(기타피부암, 갑상선암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 상피내암, 경계성종양 진단확정에 따른 각각의 한방 특정물리요법 보험가입금액	연간 5회

- ② 제1항의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.
- ③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 약관의 보장기간 중 발생한 최초의 ‘암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘상피내암’, ‘경계성종양’에 대하여 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우에 보장하며, 각 지급사유별 첩약은 연간 최대 3회, 약침은 연간 최대 5회, 한방 특정물리요법은 연간 최대 5회에 한하여 지급합니다.

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 “기타피부암”, “갑상선암” 또는 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “기타 피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】(상피내의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표4】(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표) 참조)을 말합니다.
- ⑥ 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암, 갑상선암, 상피내암 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(첩약의 정의)

이 약관에서 ‘첩약’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 ‘한약’ 또는 ‘한약재’ 및 약사법 제2조에서 정한 ‘한약’을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

【한의약육성법 제2조】 제2조(정의)
 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
 1. “한약”이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 “한방의료”라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.
 2. “한약사”란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
 3. “한약약기술”이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든

- 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
 5. "한약제"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.
- 【약사법 제2조】 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.
- 1.~4. (생략)
 5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
 6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
- (이하 생략)

제5조(약침의 정의)

이 약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약제 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

제6조(한방 특정물리요법의 정의)

이 약관에서 '한방 특정물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피(피부를 통한)전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피(피부를 통한)경근온열요법, 경피(피부를 통한)적외선조사요법, 경피(피부를 통한)경근한냉요법은 제외됩니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 '첨약'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첨약
- ② 회사는 '약침'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제14장(한방 시술 및 처치료)의 침술
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침
- ③ 회사는 '한방 특정물리요법'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 경피(피부를 통한)경근온열요법
 2. 경피(피부를 통한)적외선조사요법
 3. 경피(피부를 통한)경근한냉요법

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 급성심근경색증으로 진단확정을 받은 후 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
한방특정물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- 회사는 이 약관의 보장기간 중 발생한 최초의 “급성심근경색증”에 대하여 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우에 보장하며, 각 지급사유별 첩약은 연간 최대 3회, 약침은 연간 최대 5회, 한방 특정물리요법은 연간 최대 5회에 한하여 지급합니다.
- 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- 이 계약에 있어서 “급성심근경색증”이라 함은 “급성심근경색증 분류표”(【별표7】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(첩약의 정의)

이 약관에서 ‘첩약’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 ‘한약’ 또는 ‘한약제’ 및 약사법 제2조에서 정한 ‘한약’을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」, 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

제5조(약침의 정의)

이 약관에서 ‘약침’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

제6조(한방 특정물리요법의 정의)

이 약관에서 ‘한방 특정물리요법’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 주나요법, 경피(피부를 통한)전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피(피부를 통한)경근온열요법, 경피(피부를 통한)적외선조사요법, 경피(피부를 통한)경근한냉요법은 제외됩니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 ‘첩약’의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 - 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약
- ② 회사는 ‘약침’의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제14장(한방 시술 및 처치료)의 침술
 - 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침
- ③ 회사는 ‘한방 특정물리요법’의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 경피(피부를 통한)경근온열요법
 - 2. 경피(피부를 통한)적외선조사요법
 - 3. 경피(피부를 통한)경근한냉요법

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정을 받은 후 그 뇌졸중의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
한방특정물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 약관의 보장기간 중 발생한 최초의 “뇌졸중”에 대하여 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우에 보장하며, 각 지급사유별 첩약은 연간 최대 3회, 약침은 연간 최대 5회, 한방 특정물리요법은 연간 최대 5회에 한하여 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한

종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “뇌졸중”이라 함은 “뇌졸중 분류표” (【별표6】 뇌졸중 분류표” 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 컴퓨터 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(첩약의 정의)

이 약관에서 ‘첩약’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 ‘한약’ 또는 ‘한약제’ 및 약사법 제2조에서 정한 ‘한약’을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

제5조(약침의 정의)

이 약관에서 ‘약침’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

제6조(한방 특정물리요법의 정의)

이 약관에서 ‘한방 특정물리요법’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피(피부를 통한)전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피(피부를 통한)경근온열요법, 경피(피부를 통한)적외선조사요법, 경피(피부를 통한)경근한냉요법은 제외됩니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 ‘첩약’의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약
- ② 회사는 ‘약침’의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제14장(한방 시술 및 처치료)의 침술
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침

③ 회사는 ‘한방 특정물리요법’의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 경피(피부를 통한)경근온열요법
2. 경피(피부를 통한)적외선조사요법
3. 경피(피부를 통한)경근한냉요법

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 허혈성심장질환으로 진단확정을 받은 후 그 허혈성심장질환의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
한방특정물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 약관의 보장기간 중 발생한 최초의 “허혈성심장질환”에 대하여 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우에 보장하며, 각 지급사유별 첩약은 연간 최대 3회, 약침은 연간 최대 5회, 한방 특정물리요법은 연간 최대 5회에 한하여 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “허혈성심장질환”이라 함은 “허혈성심장질환 분류표”(【별표8】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “허혈성심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(첩약의 정의)

이 약관에서 ‘첩약’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 ‘한약’ 또는 ‘한약재’ 및 약사법 제2조에서 정한 ‘한약’을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의

시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 처방은 제외됩니다.

제5조(약침의 정의)

이 약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 용합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

제6조(한방 특정물리요법의 정의)

이 약관에서 '한방 특정물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피(피부를 통한)전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피(피부를 통한)경근온열요법, 경피(피부를 통한)적외선조사요법, 경피(피부를 통한)경근한냉요법은 제외됩니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 '처약'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 처방
- ② 회사는 '약침'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제14장(한방 시술 및 처치료)의 침술
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침
- ③ 회사는 '한방 특정물리요법'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 경피(피부를 통한)경근온열요법
 2. 경피(피부를 통한)적외선조사요법
 3. 경피(피부를 통한)경근한냉요법

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌혈관질환으로 진단확정을 받은 후 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 한방병원 또는 한의원에서 처방, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
한방특정물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 약관의 보장기간 중 발생한 최초의 “뇌혈관질환”에 대하여 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우에 보장하며, 각 지급사유별 첩약은 연간 최대 3회, 약침은 연간 최대 5회, 한방 특정물리요법은 연간 최대 5회에 한하여 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 “뇌혈관질환 분류표”(【별표9】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 컴퓨터 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌졸중으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(첩약의 정의)

이 약관에서 ‘첩약’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 ‘한약’ 또는 ‘한약제’ 및 약사법 제2조에서 정한 ‘한약’을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

제5조(약침의 정의)

이 약관에서 ‘약침’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

제6조(한방 특정물리요법의 정의)

이 약관에서 ‘한방 특정물리요법’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피(피부를 통한)전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피(피부를 통한)경근온열요법, 경피(피부를 통한)적외선조사요법, 경피(피부를

통한)경근한냉요법은 제외됩니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 '첩약'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 - 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약
- ② 회사는 '약침'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제14장(한방 시술 및 처치료)의 침술
 - 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침
- ③ 회사는 '한방 특정물리요법'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 경피(피부를 통한)경근온열요법
 - 2. 경피(피부를 통한)적외선조사요법
 - 3. 경피(피부를 통한)경근한냉요법

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌출혈 한방치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 뇌출혈로 진단확정을 받은 후 그 뇌출혈의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 국내의 한방병원 또는 한의원에서 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	지급한도
첩약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회
한방특정물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	연간 5회

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 이 약관의 보장기간 중 발생한 최초의 "뇌출혈"에 대하여 첩약, 약침 또는 한방 특정물리요법을 이용하였을 경우에 보장하며, 각 지급사유별 첩약은 연간 최대 3회, 약침은 연간 최대 5회, 한방 특정물리요법은 연간 최대 5회에 한하여 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 "뇌출혈"이라 함은 "뇌출혈 분류표" (【별표10】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터단층촬영(Brain CT Scan), 자기 공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출

컴퓨터 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 '뇌출혈'로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(첩약의 정의)

이 약관에서 '첩약'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 '한약' 또는 '한약제' 및 약사법 제2조에서 정한 '한약'을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 별표3(의료기관의 종류별 시설기준) 및 동 조 별표4(의료기관의 시설규격)에서 정한 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약은 제외됩니다.

제5조(약침의 정의)

이 약관에서 '약침'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 융합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다.

제6조(한방 특정물리요법의 정의)

이 약관에서 '한방 특정물리요법'이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부(행위 비급여 목록) 제14장(한방 시술 및 처치료) 제1절(시술료)에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 추나요법, 경피(피부를 통한)전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피(피부를 통한)경근온열요법, 경피(피부를 통한)적외선조사요법, 경피(피부를 통한)경근한냉요법은 제외됩니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 '첩약'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 보건복지부가 개정·고시하는 「한약제제 급여목록 및 상한금액표」 별표1(한약제제 급여목록표)에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 첩약
- ② 회사는 '약침'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침) 제14장(한방 시술 및 처치료)의 침술
 2. 보장대상 질병의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침
- ③ 회사는 '한방 특정물리요법'의 경우 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 경피(피부를 통한)경근온열요법
 2. 경피(피부를 통한)적외선조사요법
 3. 경피(피부를 통한)경근한냉요법

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

독감·폐렴사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 [별표20](독감·폐렴 분류표)에서 정하는 독감 또는 폐렴으로 사망한 경우 : 사망보험금

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 “사망보험금”지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 응급실내원(응급)치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인한 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 매 내원시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 이 때, 응급실 도착 전 사망하였거나 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.

제2조(“응급실”의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 “응급실”이라 함은 「응급의료에 관한 법률」 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 「응급의료에 관한 법률」 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실, 종합병원에 설치된 응급실을 말합니다. 단, 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다. “응급의료기관”이란 의료법 제3조에 따라 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러지 아니한다.

제3조(“응급환자”의 정의)

이 특별약관에 있어서 “응급환자”라 함은 상해로 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙 제2조(응급환자)(【별표21】 응급의료에 관한 시행규칙 제2조(응급환자) 참조)에서 정하는 자로 ‘응급증상 및 이에 준하는 증상’ 또는 ‘응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상’이 있는 자를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자의 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. 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

폭력상해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험기간중에 피보험자가 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구는 제외)에 상해를 입었을 때 이 특별약관의 보험가입금액을 폭력상해보험금으로 지급하여 드립니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 고의 또는 피보험자의 친족에 의한 사고

2. 피보험자가 “폭력행위등 처벌에 관한 법률” 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

강력범죄상해사망 및 피해보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 다음 각 호에 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 강력범죄상해보험금으로 지급하여 드립니다.
 1. 형법 제24장에서 정하는 살인죄
 2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
 3. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
 4. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
 5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 “폭처법”이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄
- ② 제1항에도 불구하고 제1항에서 정한 1.의 살인, 2.의 상해와 폭행 및 5.의 폭력 등으로 피보험자(보험대상자)의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 때에만 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 강력범죄의 입증여부는 경찰신고서류, 경찰 또는 검찰 조사기록 등 관련 자료에 따릅니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 “폭처법” 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생한 손해
2. 피보험자 및 수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 전쟁, 폭동, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변 중에 생긴 손해
4. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해
5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

온열질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “온열질환”으로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 보험수익자에게 온열질환진단비로 지급합니다.

제2조(온열질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “온열질환”이라 함은 “온열질환 분류표”(【별표22】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 온열질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

소방공무원 구조·구급활동중 폭력피해 특별약관

제1조(계약의 적용범위)

① 피보험자가 제1종 단체에 소속된 자로서 아래 각 호 중 하나에 해당되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 소방공무원
2. 소방공무원단체에 소속된 자

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 구조·구급활동중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 상해를 입은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 다만, “사법경찰관리의 직무를 수행할 자와 그 직무범위에 관한 법률” 제5조(검사장의 지명에 의한 사법경찰관리) 제12호에 따라 사법경찰관의 직무를 행하는 자(소방특별사법경찰관) 또는 관할 경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.
- ② 제1항의 구조·구급활동중이라 함은 “119구조·구급에 관한 법률” 제2조(정의) 제1호 또는 제3호에 해당되는 활동을 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 고의
 2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자의 고의

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 사망 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 “업무상의 재해” 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 사망하거나 피보험자가 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 “업무상의 재해” 중 질병으로 보험기간 중에 사망하였을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 산업재해사망보험금으로 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다. 단, 근로복지공단이 유족급여를

지급한 경우에만 산업재해사망보험금을 지급하여 드립니다.

- ② 제1항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 “업무상의 재해”는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 손해를 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 피보험자에 대하여 이 특별약관은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 장애 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 “업무상의 재해” 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입고 그 직접결과로써 “산업재해보상보험법 시행령 별표6 장애등급의 기준”(이하 “산재장애분류표”라 합니다. <별표23>참조)에서 정한 제1급~제14급 장애(이하 “장애”라 합니다)상태가 되어 사고일로부터 1년 이내에 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장애급여대상자로 판정한 경우, 다음과 같이 산업재해장애보험금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 100%

- ② 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된

“업무상의 재해”중 질병으로 진단확정 받고 산재장해분류표에서 정한 장해상태가 되어 보험기간 중 산업재해보상보험법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 장해급여대상자로 판정한 경우에는 다음과 같이 산업재해장해보험금을 지급합니다.

장 해 등 급	지 급 액
1급 ~ 14급	특약 보험가입금액의 100%

- ③ 제1항 및 제2항에 규정한 장해급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 장해결정통보서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 규정한 산업재해장해보험금의 지급사유가 다른 “업무상의 재해” 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 하여 2회 이상 발생하였을 때에는 그 때마다 이에 해당하는 산업재해장해보험금을 드립니다. 그러나 그 장해가 이미 산업재해장해보험금을 지급받은 동일부위에 가중된 장해일 때에는 새로이 발생한 장해에 해당하는 산업재해장해보험금에서 이미 지급한 산업재해장해보험금을 뺀 금액을 드립니다.
- ⑤ 제2항에서 정한 “업무상의 재해” 중 질병으로 보험기간 이전에 근로복지공단으로 부터 장해등급 판정을 받아 장해급여가 지급된 후, 동일한 질병을 원인으로 장해상태가 더 악화되어 제2항에서 정한 보험기간 중에 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해등급이 판정되어 장해급여를 지급받은 경우, 보험기간 중 장해급여를 지급받은 악화된 장해등급에 해당하는 산업재해장해보험금에서 보험기간 이전의 장해등급에 특약보험가입금액을 곱한 금액을 뺀 금액을 드립니다.
- ⑥ 산업재해장해보험금의 지급한도는 통산하여 특약보험가입금액의 100%로 합니다.
- ⑦ 제1항에도 불구하고 제1항의 상해로 인해 사고일로부터 1년 이내에 장해급여가 지급되지 않은 경우에는, 그 이후 근로복지공단의 장해급여 지급일을 기준으로 하여 이 특별약관에서 산업재해장해보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑧ 제1항 및 제2항의 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 “업무상의 재해”는 근로복지공단의 판단에 따릅니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 요양진단비 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 업무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병(이하 “산업재해”라 합니다)의 직접결과로써 산업재해보상보험법 제43조(산재보험 의료기관의 지정 및 지정취소 등)에 정한 요양기관에서 요양을 받은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 산업재해는 산업재해보상보험법 제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 최초로 판정한 경우를 말합니다.
- ③ 제2항의 요양급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 요양진단비(요양기간별) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 업무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병(이하 “산업재해”라 합니다)의 직접결과로써 산업재해보상보험법 제43조(산재보험 의료기관의 지정 및 지정취소 등)에 정한 요양기관에서 요양을 받은 경우 아래에 정한 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

요양기간	산업재해 요양진단비Ⅱ
30일 이하	보험가입금액(요양기간 30일 이하)
31일 ~ 60일	보험가입금액(요양기간 31일 ~ 60일)
61일 ~ 120일	보험가입금액(요양기간 61일 ~ 120일)
121일 ~ 180일	보험가입금액(요양기간 121일 ~ 180일)
181일 이상	보험가입금액(요양기간 181일 이상)

- ② 제1항의 산업재해는 산업재해보상보험법 제36조(보험급여의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한

절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 최초로 판정한 경우를 말하며, 제1항의 요양기간은 근로복지공단이 요양급여대상자로 최초로 판정한 경우의 요양기간으로 합니다.

- ③ 제2항의 요양급여대상자의 판정일 및 요양기간은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된 확정일자 및 요양기간을 기준으로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

산업재해 입원일당(1일이상 180일한도) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 업무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병(이하 “산업재해”라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 산업재해에 대해 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 산업재해는 산업재해보상보험법 제36조(보험금의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 판정한 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 요양급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된 확정일자를 기준으로 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 산업재해(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 최종 퇴원일로부터 180일이 지나서 다시 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 산업재해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

1. 입원

이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

산업재해 입원일당(1일이상 365일한도) 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서 피보험자는 산업재해보상보험에 가입한 사업 또는 사업장의 근로자로 한합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 업무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병(이하 “산업재해”라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 보험증권에 기재된 보험가입금액을 입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 하나의 산업재해에 대해 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 365일을 한도로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)의 산업재해는 산업재해보상보험법 제36조(보험금의 종류와 산정 기준 등) 제1항 제1호 및 제40조(요양급여)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 절차에 따라 근로복지공단이 요양급여대상자로 판정한 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 요양급여대상자의 판정일은 근로복지공단이 발급한 요양·보험급여결정통지서 등의 문서에 기재된

확정일자를 기준으로 합니다.

- ③ 피보험자가 동일한 산업재해(이와 의학상 중요한 관계가 있다고 회사가 인정한 사고를 포함합니다. 이하 같습니다)의 치료를 직접목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 최종 퇴원일로부터 180일이 지나서 다시 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 제2조(보험금의 지급사유)에서 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제2조(보험금의 지급사유)에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 산업재해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중에 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

1. 입원

이 보험에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

항암방사선 및 약물치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우에는 아래에 정한

금액을 보험수익자에게 항암방사선 및 약물치료비로 각각 1회에 한하여 지급합니다.

구분	지급보험금
암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액 전액
기타피부암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 ()%
갑상선암으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 ()%

- ② 제1항의 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 기타피부암, 갑상선암에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, 암(기타피부암, 갑상선암 제외)에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 아니합니다.
- ③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표2】(악성신생물(암) 분류표) 참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 “기타 피부암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제1항에서 정한 “암”중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissues), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의)

- ① 이 계약에 있어서 ‘항암방사선치료’라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 계약에 있어서 ‘항암약물치료’라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만,

암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

말기간경화진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 제3조(말기간경화의 정의 및 진단확정)에서 정한 말기간경화로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기간경화진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기간경화로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기간경화진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기간경화의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 말기간경화(End Stage Liver Cirrhosis)라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며 다음 중 한가지 이상의 원인이 됩니다.
 1. 통제가 불가능한 복수증
 2. 영구적인 황달
 3. 위나 식도벽의 정맥류
 4. 간성 뇌증
- ② 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.
- ③ 말기간경화의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과외는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사소견, 동위원소간주사(Radioisotope LiverScan), 복부 초음파(Abdomen Sono), 복부전산화단층촬영(Abdomen CT Scan) 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 말기 간경화의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

말기폐질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 【별표24】(말기폐질환 분류표)에서 정한 말기폐질환으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기폐질환진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기폐질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의

말기폐질환진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기폐질환의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 말기폐질환이라 함은 【별표24】(말기폐질환 분류표)에서 정한 질병으로 만성 호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황으로써 다음의 2가지 특징을 모두 보여야 합니다.

1. 영구적인 산소공급 치료가 요구되는 상태

2. 평상시 FEV1 검사가 정상예측치의 25% 이하

② 말기폐질환의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기폐질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

말기신부전증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 말기신부전증으로 진단확정되었을 때에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기신부전증진단비로 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기신부전증진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단 확정)

① 이 계약에서 “말기신부전증”이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성신장병(제8차 한국표준질병·사인분류의 분류번호 N18)에 해당하는 질병 중에서 보전요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.

② 말기신부전증의 진단 확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 전문의(치과의는 제외합니다) 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 말기신부전증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정되었을 경우에는 보험수익자에게 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 당뇨병진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(“당뇨병(당화혈색소 기준)”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “당뇨병(당화혈색소 기준 6.5%이상)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 【별표25】(당뇨병 대상 분류표)에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.
- ② 제1항 및 제2항의 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 『국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)』에 의해 인증되고 『당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial :DCCT)』에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- ③ 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 종사하는 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 따른 의사(치과의사 제외) 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 “당뇨병(당화혈색소 기준)”의 진단확정을 내려야 하며, 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다.
- ④ 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “당뇨병(당화혈색소 기준)” 진단기준을 만족하는 경우였음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

(단체) 계속암진단비(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 계속암의 보장개시일 이후 계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 계속암진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 계속암의 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 계속암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 계속암진단비를 지급합니다.
- ③ 제1항의 계속암에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 첫번째 계속암 : 첫번째암 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

2. 두번째 이후 계속암 : 직전 계속암 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「암」, 「첫번째암」 또는 「계속암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암) 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 「계속암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암) 분류표 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병, 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병 또는 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ③ 이 계약에서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 「전립선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 【별표2】(악성신생물(암) 분류표)의 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 「첫번째암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 「기타피부암」, 「갑상선암」을 제외한 암을 말합니다.
- ⑦ 이 계약에서 「계속암」이란 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「계속암」 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각호의 암을 말합니다.
1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암
- ⑧ 제7항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암을 말합니다.
- ⑨ 제7항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.
- ⑩ 제7항 3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째 암」 또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째 암」 또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 암을 말합니다.
- ⑪ 제7항 4호에서 「잔여암」이란 보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「계속암」의 진단부위에 암세포가 남아 있는

경우를 말합니다.

- ⑫ 「첫번째암」이 C61(전립선의 악성신생물)인 경우 원발부위가 「전립선암」인 「전이암」, 「전립선암」의 「재발암」 및 「전립선암」의 「잔여암」에 대한 계속암 진단비는 지급하지 않습니다.
- ⑬ 「첫번째암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「첫번째암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑭ 「계속암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

제4조(방사선치료 및 약물치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 「방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 계약에서 「약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술 평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

- ⑥ 제4항 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문 의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

감염병사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 감염병으로 인하여 사망한 경우 보험수익자에게 보험가입금액을 지급합니다.
- ② 제1항의 “감염병”이라 함은 재난 및 안전관리 기본법 제3조(정의) 제1호 나목에 정의된 “감염병의 예방 및 관리에 관한 법률”에 따른 감염병을 말합니다.
- ③ 제2항의 ‘감염병’에 의한 사망은 재난 및 안전관리 기본법 시행규칙 제5조(재난상황의 보고 등)에 의해 보고된 경우에 한합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률”에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) “사망”의 원인 및 “사망보험금”지급에 영향을 미치지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

간경변증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 간경변증으로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 간경변증 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 간경변증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 간경변증 진단비를 지급하여 드립니다.

제2조(간경변증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “간경변증”이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 간경변증으로 분류되는 질병(【별표26】 간경변증 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 간경변증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 간생검을 통한 조직학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사는 간경변증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

난임진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “난임”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 난임진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(난임의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “난임”이라 함은 “난임 분류표”(【별표27】 참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 피보험자가 여성인 경우 남성에서 기원한 여성불임(질병코드 N97.4)은 보장하지 않습니다.
- ② 제1항의 난임의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사는 “난임”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「유산」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관에서 정한 보험가입금액을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(유산의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 「유산」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 유산으로 분류되는 질병 (【별표 28】 유산 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 「유산」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE

BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

돌발성난청진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “돌발성난청”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 돌발성난청진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(돌발성난청의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “돌발성난청”이라 함은 “돌발성난청 분류표”(【별표29】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 돌발성난청의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 이비인후과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 청력검사결과 기초로 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

암직접치료통원보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자가 ‘일반암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘상피내암’ 또는 ‘경계성종양’으로 진단이 확정되고, 그 ‘일반암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘상피내암’ 또는

‘경계성종양’의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 통원 1회당 보험수익자에게 이 약관의 보험가입금액을 암직접치료통원급여금으로 지급합니다. 통원급여금은 1일 통원당 1회에 한합니다.

- ② 제1항의 ‘일반암’에 대한 보장개시일은 보험계약일 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날부터 적용하며, 피보험자의 보험나이가 15세 미만인 경우 및 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘상피내암’ 또는 ‘경계성종양’에 대한 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터 적용합니다. 다만, ‘일반암’에 대한 보장개시일 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 보장내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.
- ③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 ‘암’이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표2】‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 약관에서 ‘기타피부암’이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표2】‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중에서 기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 약관에서 ‘갑상선암’이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표2】‘악성신생물(암) 분류표’에 해당하는 질병 중에서 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 약관에서 ‘일반암’이라 함은 ‘암’에서 ‘기타피부암’ 및 ‘갑상선암’을 제외한 암을 말합니다.
- ⑤ 이 약관에서 ‘상피내암’이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표3】‘상피내의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 약관에서 ‘경계성종양’이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표4】‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 약관에서 ‘암 등의 질병’이라 함은 ‘암’, ‘일반암’, ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘상피내암’ 또는 ‘경계성종양’을 총칭합니다.
- ⑧ ‘암 등의 질병’의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration, 가는 침으로 내용물과 세포를 뽑아내어 현미경으로 진단하는 검사법) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘암 등의 질병’으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑨ 한국표준질병·사인분류 지침서의 ‘사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침’에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

제4조(“암의 직접적인 치료”의 정의)

- ① 이 약관에서 “암의 직접적인 치료”라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)(이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② “암의 직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는

이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

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

1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않는 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 “암의 직접적인 치료”로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑤ 제1항에서 제4항까지 정한 내용은 ‘기타피부암’, ‘갑상선암’, ‘상피내암’ 또는 ‘경계성종양’의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

- ① 이 약관에서 ‘통원’이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 ‘암 등의 질병’의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 ‘암 등의 질병’의 직접적인 치료를 목적으로 하는 것을 말합니다.
- ② ‘암 등의 질병’의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 ‘암 등의 질병’을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 ‘암 등의 질병’의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 ‘암 등의 질병’으로 진단된 경우에는 암의 직접적인 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정2대중추신경계질환진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정2대중추신경계질환”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 특정2대중추신경계질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정2대중추신경계질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정2대중추신경계질환진단비를 지급합니다.

제2조(특정2대중추신경계질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “특정2대중추신경계질환”이라 함은 “특정2대중추신경계질환 분류표”(【별표30】참조)에서 정한 “중추신경계염증성질환” 및 “두개·척추내 농양 및 육아종”을 말합니다.
- ② 제1항의 특정2대중추신경계질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사(한의사, 치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT), 뇌척수액검사, 혈관조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가

“특정2대중추신경계질환”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 가. 청구서(회사양식)
 - 나. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조형술 및 기타 검사결과지 포함 등)
 - 다. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 나.호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)진단비를 지급합니다.

제2조(특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)”이라 함은 “특정6대순환계질환(류마티스질환 및 심장병) 분류표”(【별표31】 참조)에서 정한 “급성류마티스열”, “만성류마티스심장질환”, “심장염증질환”, “심장판막질환”, “방실·좌각차단” 및 “인공소생심장정지”를 말하며, 승모판기능부전, 대동맥판기능부전, 비류마티스성삼첨판기능부전, 폐동맥판기능부전, 방실차단(1도, 2도)은 보장질병에서 제외합니다.
- ② 제1항의 특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액검사, 심전도검사, 초음파검사, 심도자검사, 혈관조영술, 혈관 도플러 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 가. 청구서(회사양식)
 - 나. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조형술, 초음파 검사결과지, 방사선 판독지 등 기타 검사결과지 포함) 등)
 - 다. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 나.호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정5대순환계질환(혈관질환)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정5대순환계질환(혈관질환)”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 특정5대순환계질환(혈관질환)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정5대순환계질환(혈관질환)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정5대순환계질환(혈관질환)진단비를 지급합니다.

제2조(특정5대순환계질환(혈관질환)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “특정5대순환계질환(혈관질환)”이라 함은 “특정5대순환계질환(혈관질환) 분류표”(【별표32】참조)에서 정한 “폐성 심장병 및 폐순환질환”, “동맥질환”, “정맥질환”, “특정 하지정맥류” 및 “기타 혈관질환”을 말합니다.
- ② 제1항의 특정5대순환계질환(혈관질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액검사, 심전도검사, 초음파검사, 심도자검사, 혈관조영술, 혈관 도플러 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정5대순환계질환(혈관질환)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

가. 청구서(회사양식)

나. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(MRI, CT, 혈관조형술, 초음파 검사결과지, 방사선 판독지 등 기타 검사결과지 포함) 등)

다. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기 및 흉막질환)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)진단비를 지급합니다.

제2조(특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에서 “특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)”이라 함은 “특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환) 분류표”(【별표33】참조)에서 정한 “특정 바이러스성 폐렴”, “세균성 폐렴”, “하부호흡기질환”, “외부요인 폐질환” 및 “흉막질환”을 말합니다.

② 제1항의 특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

가. 청구서(회사양식)

- 나. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(CT, X-선 및 기타 검사결과지 포함) 등)
 - 다. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 나.호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)진단비를 지급합니다.

제2조(특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)”이라 함은 “특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 분류표”(【별표34】 참조)에서 정한 “간질영향 호흡기질환” 및 “하기도 화농·괴사성질환”을 말합니다.
- ② 제1항의 특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 가. 청구서(회사양식)
 - 나. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(CT, X-선 및 기타 검사결과지 포함) 등)
 - 다. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 나.호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환) 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)진단비를 지급합니다.

제2조(특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)”이라 함은 “특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환) 분류표”(【별표35】참조)에서 정한 “충수질환”, “복막질환”, “특정 위장염 및 결장염” 및 “기타 장질환”을 말합니다.
- ② 제1항의 “특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 위장조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 가. 청구서(회사양식)
 - 나. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함) 등)
 - 다. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 나.호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정6대소화계질환(궤양,게실염)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정6대소화계질환(궤양,게실염)”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 특정6대소화계질환(궤양,게실염)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정6대소화계질환(궤양,게실염)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정6대소화계질환(궤양,게실염)진단비를 지급합니다.

제2조(특정6대소화계질환(궤양,게실염)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “특정6대소화계질환(궤양,게실염)”이라 함은 “특정6대소화계질환(궤양,게실염) 분류표”(【별표36】참조)에서 정한 “특정 식도궤양”, “특정 위궤양”, “특정 십이지장궤양”, “특정 소화성궤양”, “위공장궤양” 및 “특정 게실염”을 말합니다.
- ② 제1항의 “특정6대소화계질환(궤양,게실염)”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 증상과 함께 전산화단층촬영(CT), X-선 촬영, 내시경검사, 위장조영술 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 “특정6대소화계질환(궤양,게실염)”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 가. 청구서(회사양식)
 - 나. 사고증명서(진단서(병명 및 질병 분류번호 기입), 진료기록부(CT, X-선 및 내시경 검사결과지 등 기타 검사결과지 포함) 등)
 - 다. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 라. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 나.호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

외상후스트레스장애진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “외상후스트레스장애”로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 1회에 한하여 외상후스트레스장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(외상후스트레스장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 “외상후스트레스장애”라 함은 “외상후스트레스장애 분류표”(【별표37】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 외상후스트레스장애의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 “외상후스트레스장애”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 외상후스트레스장애척도(CAPS)결과지 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(준용규정)

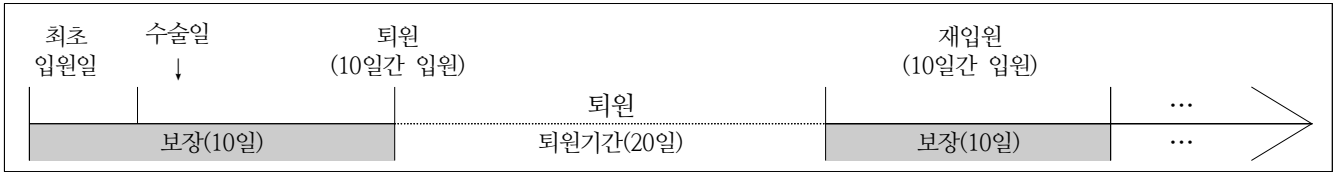
이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 수술동반 입원일당(1일이상 20일 한도)

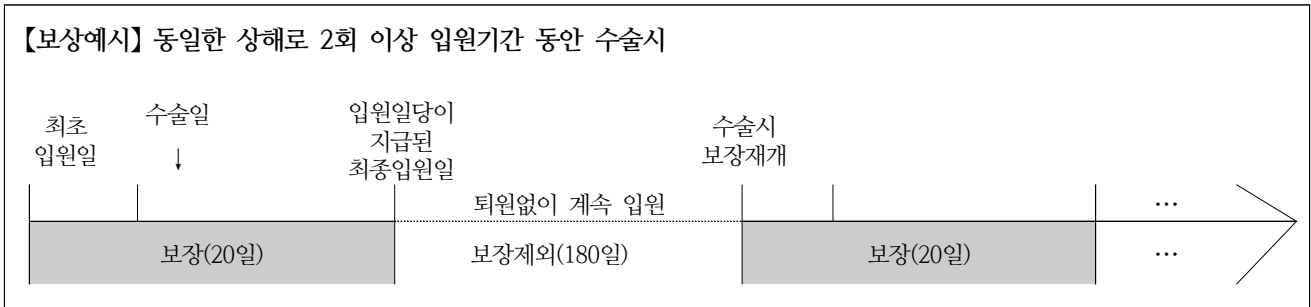
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하“수술동반 입원”이라 합니다) 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
 1. 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 상해의 직접결과로써 제2조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 같은 상해로 2종류 이상의 상해 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ③ 수술 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

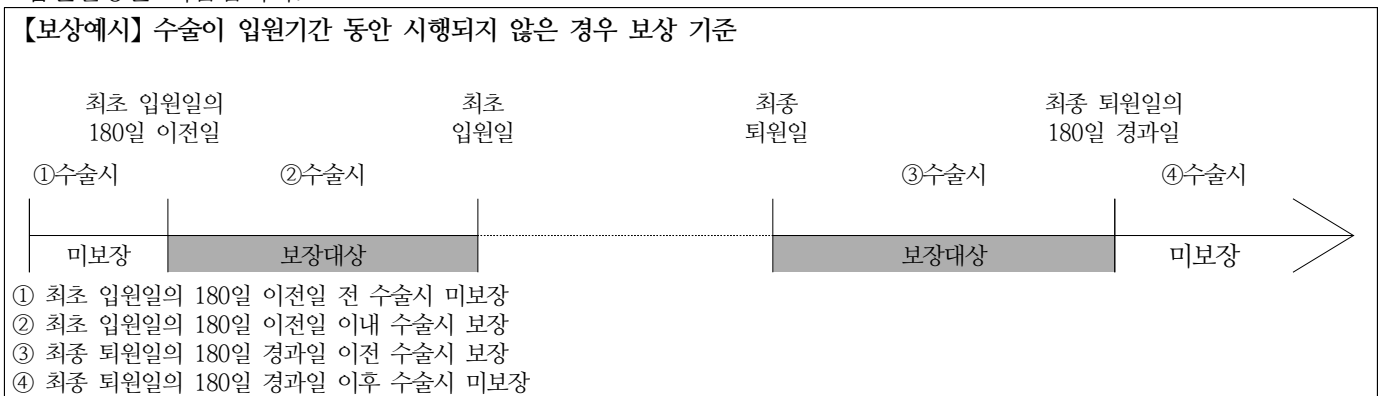
【보상예시】 동일한 상해로 10일간 수술입원, 퇴원 후 10일간 재입원시



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 상해의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제3항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제7항에 따라 입원일당을 지급합니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

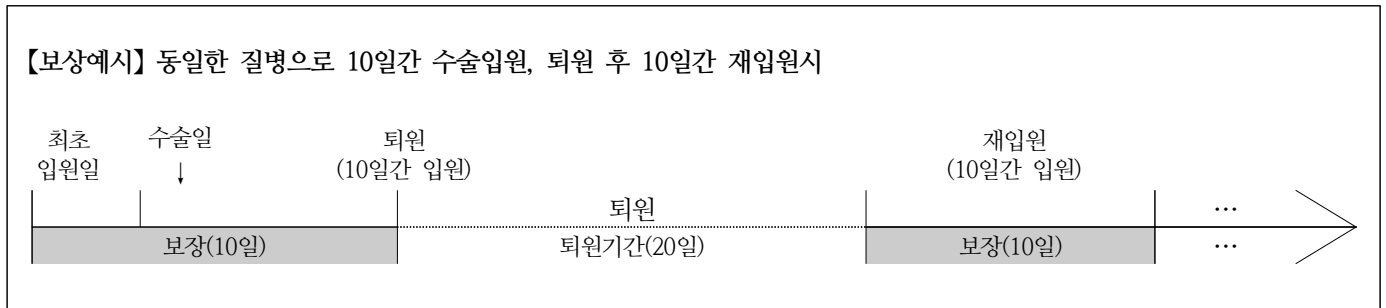
제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

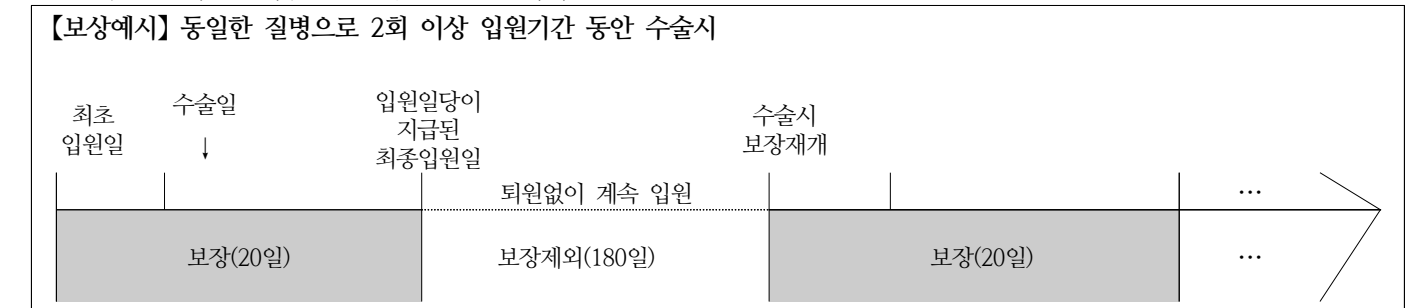
질병 수술동반 입원일당(1일이상 20일 한도) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

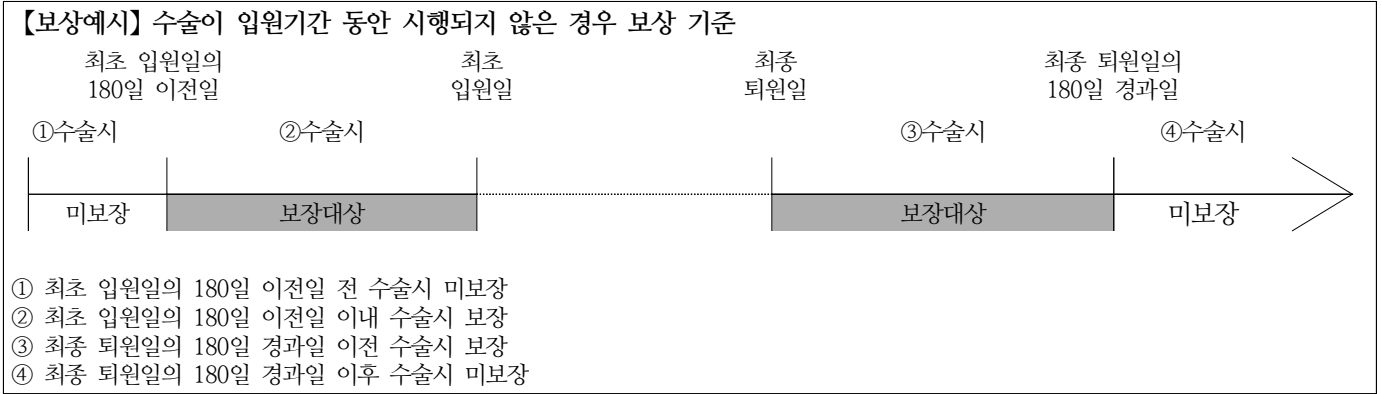
- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하“수술동반 입원”이라 합니다) 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 20일을 한도로 합니다.
 1. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 질병의 직접적인 치료를 목적으로 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받는 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 「수술」은 같은 질병으로 2종류 이상의 질병 수술을 받은 경우에는 먼저 수술한 경우를 말합니다.
- ③ 수술 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 수술동반 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 수술동반 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 수술동반 입원기간에 대하여는 제1항에 따라 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 최초의 수술동반 입원 이후 동일한 질병의 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 수술동반 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑦ 제3항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 수술동반 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 수술동반 입원은 새로운 수술동반 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑧ 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 수술이며, 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1항 내지 제7항에 따라 입원일당을 지급합니다.



제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음의 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. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 피보험자의 기질성치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
6. 성병
7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
8. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
9. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
10. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
11. 정상분만, 치과질환

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 수술동반 입원일당(출산위험 포함, 1일이상 20일 한도) 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 질병 수술동반 입원일당(1일이상 20일 한도) 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제8차 한국표준질병사인분류상의 O00-O99)로 입원하여 치료를 받은 경우에는 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다. 이 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에서 발생한 비용은 보상하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음의 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 기질성치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
5. 성병
6. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
7. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
8. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
9. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
10. 정상분만, 치과질환
11. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
12. 양수검사, 기형아검사

13. 철분제 등의 영양제 영양수액

제3조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 질병 수술동반 입원일당(1일이상 20일 한도) 특별약관을 따릅니다.

(단체) 계속암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 계속암의 보장개시일 이후 계속암으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 계속암진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 계속암의 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 계속암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 계속암진단비를 지급합니다.
- ③ 제1항의 계속암에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
 1. 첫번째 계속암 : 첫번째암 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
 2. 두번째 이후 계속암 : 직전 계속암 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「암」, 「첫번째암」 또는 「계속암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암) 분류표 참조)을 말합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에 있어서 「계속암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물(암) 분류표 참조)을 말합니다.
- ③ 이 계약에서 「첫번째암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 암을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 「계속암」이란 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「계속암」 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각호의 암을 말합니다.
 1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암
- ⑤ 제4항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암을 말합니다.
- ⑥ 제4항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 암을 말합니다.

- ⑦ 제4항 3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째 암」 또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째 암」 또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 암이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 암을 말합니다.
- ⑧ 제4항 4호에서 「잔여암」이란 보장개시일 이후 「첫번째암」 또는 「계속암」의 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.
- ⑨ 「첫번째암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「첫번째암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑩ 「계속암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

제4조(방사선치료 및 약물치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 「방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 계약에서 「약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술 평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

- ⑤ 제4항 「항암방사선치료」라 함은 치료방사선과 또는 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문 의사자격을 가진 자가 피보험자의 악성신생물의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 직접치료통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 “뇌졸중”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중분류표(【별표 6】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에서 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌졸중”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌졸중 직접치료종합병원통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌졸중”으로 진단확정되고 “뇌졸중”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 뇌졸중종합병원통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(“뇌졸중”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “뇌졸중”이라 함은 뇌졸중분류표(【별표 6】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌졸중”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제4조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에서 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌졸중”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌졸중”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌졸중”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌졸중”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 직접치료통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표 7】 참조)에서 정한 질병을 말하며,

질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.

- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에서 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 “급성심근경색증”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

급성심근경색증 직접치료종합병원통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 “급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증종합병원통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(“급성심근경색증”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표 7】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “급성심근경색증”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제4조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 약관에서 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 “급성심근경색증”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “급성심근경색증”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “급성심근경색증”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “급성심근경색증”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 직접치료통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 뇌혈관질환 분류표(【별표 9】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에서 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌혈관질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌혈관질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌혈관질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

뇌혈관질환 직접치료종합병원통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 뇌혈관질환종합병원통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “뇌혈관질환”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표 9】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제4조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에서 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “뇌혈관질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “뇌혈관질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “뇌혈관질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “뇌혈관질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 직접치료통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 허혈성심장질환 분류표(【별표 8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제3조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에서 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “허혈성심장질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “허혈성심장질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “허혈성심장질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

허혈성심장질환 직접치료종합병원통원비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 “허혈성심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환종합병원통원비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 허혈성심장질환종합병원통원비는 1일 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환종합병원통원비의 지급횟수는 종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 종합병원에 해당하게 된 경우, 종합병원 적용일부터 제1조(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 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(“허혈성심장질환”의 정의 및 진단확정)

- ① 이 약관에서 “허혈성심장질환”이라 함은 급성심근경색증 분류표(【별표 8】 참조)에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.
- ② “허혈성심장질환”의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제4조(“통원”의 정의 및 장소)

- ① 이 약관에서 “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) 제2항에서 정한 국내의 병원 또는 의원에서 그 치료를 목적으로 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 약관에서 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 “통원”이란 의사에 의해 “허혈성심장질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, “허혈성심장질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “허혈성심장질환”을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “허혈성심장질환”의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(“종합병원”의 정의)

이 약관에서 “종합병원”이라 함은 「의료법」 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 단, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “위·십이지장 양성신생물(폴립포함)”으로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비를 지급합니다.

제2조(위·십이지장 양성신생물(폴립포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “위·십이지장 양성신생물(폴립포함)”이라 함은 “위·십이지장 양성신생물(폴립포함) 분류표”(【별표 38】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의

의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

대장 양성신생물(폴립포함)진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “대장 양성신생물(폴립포함)”으로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 대장 양성신생물(폴립포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 대장 양성신생물(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 대장 양성신생물(폴립포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대장 양성신생물(폴립포함)진단비를 지급합니다.

제2조(대장 양성신생물(폴립포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “대장 양성신생물(폴립포함)”이라 함은 “대장 양성신생물(폴립포함) 분류표”(【별표39】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 대장 양성신생물(폴립포함)의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

이상지질혈증진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “이상지질혈증”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 이상지질혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(이상지질혈증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “이상지질혈증”이라 함은 “이상지질혈증 분류표”(【별표40】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 이상지질혈증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화

된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사는 “이상지질혈증”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

이차성고혈압진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “이차성고혈압”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 이차성고혈압진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(이차성고혈압의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “이차성고혈압”이라 함은 “이차성고혈압 분류표”(【별표41】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 이차성고혈압의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사는 “이차성고혈압”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

본태성(원발성)고혈압진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 “본태성(원발성)고혈압”으로 진단 확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 본태성(원발성)고혈압진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(본태성(원발성)고혈압의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “본태성(원발성)고혈압”이라 함은 “본태성(원발성)고혈압 분류표”(【별표42】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 본태성(원발성)고혈압의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의

원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사는 “본태성(원발성)고혈압”의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

(단체) 계속암진단비(상피내암, 경계성종양포함) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 계속암(상피내암, 경계성종양포함)의 보장개시일 이후 계속암(상피내암, 경계성종양 포함)으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 계속암(상피내암, 경계성종양포함)진단비로 지급합니다.
- ② 피보험자가 계속암(상피내암, 경계성종양포함)의 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 계속암(상피내암, 경계성종양포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 계속암(상피내암, 경계성종양포함)진단비를 지급합니다.
- ③ 제1항의 계속암(상피내암, 경계성종양포함)에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 첫 번째 계속암 : 첫 번째암 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
 2. 두 번째 이후 계속암 : 직전 계속암 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「암」, 「상피내암」, 「경계성종양」, 「첫번째암」 또는 「계속암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물 분류표 참조)을 말합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에서 「상피내암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표3】‘상피내의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표4】‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.

- ④ 이 계약에서 「첫번째암」이라 함은 제1항내지 제3항에서 정한 「암」, 「상피내암」 및 「경계성종양」을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 「계속암」이란 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「계속암」 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각호의 암을 말합니다.
1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암
- ⑥ 제5항 제1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암(상피내암, 경계성종양포함)으로 「첫번째암(상피내암, 경계성종양포함)」 또는 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암(상피내암, 경계성종양포함)」을 말합니다.
- ⑦ 제5항 제2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암(상피내암, 경계성종양포함)」을 말합니다.
- ⑧ 제5항 제3호에서 「재발암」이란 「첫번째암(상피내암, 경계성종양포함)」 또는 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암(상피내암, 경계성종양포함)으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째 암(상피내암, 경계성종양포함)」 또는 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째 암(상피내암, 경계성종양포함)」 또는 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」으로 인하여 새롭게 「암(상피내암, 경계성종양포함)」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암(상피내암, 경계성종양포함)」을 말합니다.
- ⑨ 제5항 제4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암(상피내암, 경계성종양포함)」 또는 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암(상피내암, 경계성종양포함)」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.
- ⑩ 「암」, 「상피내암」 및 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 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.
- ⑩ 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

제4조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 계약에서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를

사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술 평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「계속암(상피내암, 경계성종양포함)」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일로부터 1년 내에 제3조(「암」, 「상피내암」, 「경계성종양」, 「첫번째암」 또는 「계속암」의 정의 및 진단확정) 제5항 제1호 내지 제4호의 암으로 진단확정된 경우에는 계속암(상피내암, 경계성종양포함)진단비를 지급하지 않습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

3대질병 MRI검사지원비(급여, 연간 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 계약의 보험기간 중에 제2조(3대질병의 정의 및 진단확정)에서 정한 “3대질병”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제3조(급여촬영의 정의 및 장소)에서 정한 급여촬영을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 3대질병 MRI검사지원비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 3대질병 MRI검사지원비(급여)는 “3대질병”의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

제2조(3대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “3대질병”이라 함은 “3대질병 분류표”(【별표43】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 “3대질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(급여촬영의 정의 및 장소)

- ① 이 계약에 있어 “급여촬영”이라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상진단(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

[자기공명영상진단(MRI)]

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사

[의료행위]

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

- ② 제1항의 “급여촬영”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여촬영”은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상진단 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ④ 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 이 계약에서 보장하는 자기공명영상진단(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 계약에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여, 연간 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 계약의 보험기간 중에 의사에 의하여 질병 및 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제2조(급여촬영의 정의 및 장소)에서 정한 급여촬영을 받은 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 양전자단층촬영(PET)검사지원비(급여)는 질병 및 상해의 직접적인 원인, 종류 및 부위와 상관없이 연간 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

제2조(급여촬영의 정의 및 장소)

- ① 이 계약에 있어 “급여촬영”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의

의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 양전자방출단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.

[양전자방출단층촬영(PET)]

양전자를 방출하는 방사성 의약품을 이용하여 인체에 대한 생리화학적, 기능적 영상을 3차원으로 얻는 핵의학 영상법

[의료행위]

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

- ② 제1항의 “급여촬영”은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 “요양급여”라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 “의료급여”라 합니다)의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 “급여촬영”은 진료비세부내역서 상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 양전자방출단층촬영 분류번호 및 코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ④ 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 촬영 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 이 계약에서 보장하는 양전자방출단층촬영(PET)을 사용하는 촬영 의료행위 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 변경되더라도 이 계약에서 보장하는 촬영 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

(단체) 계속암진단비(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중 피보험자가 계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장) 보장개시일 이후 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장)」으로 진단확정된 경우에는 보험수익자에게 보험가입금액을 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장)진단비」로 지급합니다.
- ② 피보험자가 계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장)보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장)」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항의 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장)진단비」를 지급합니다.

- ③ 제1항의 「계속암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 상피내암, 경계성종양만 보장)」에 대한 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다.
1. 첫 번째 「계속암」 : 첫 번째암 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
 2. 두 번째 이후 「계속암」 : 직전 「계속암」 진단 확정일(보장개시일 이전을 포함합니다)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제3조(「암」, 「상피내암」, 「경계성종양」, 「첫번째암」 또는 「계속암」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(【별표2】악성신생물 분류표 참조)을 말합니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

- ② 이 계약에서 「기타피부암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 계약에서 「갑상선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ 이 계약에서 「전립선암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 악성신생물분류표의 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑤ 이 계약에서 「상피내암」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표3】 ‘상피내의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑥ 이 계약에서 「경계성종양」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표4】 ‘행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표’에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑦ 이 계약에서 「첫번째암」이라 함은 제1항에서 정한 「암」 중에서 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」 및 제5항 및 제6항의 「상피내암」 및 「경계성종양」을 말합니다.
- ⑧ 이 계약에서 「계속암」이란 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 「계속암」 보장개시일 이후 진단확정된 다음 각 호의 암을 말합니다. 단, 계속암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」, 「상피내암」 및 「경계성종양」이 아닌 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 새로운 원발암
 2. 전이암
 3. 재발암
 4. 잔여암
- ⑨ 제8항 1호에서 「새로운 원발암」이란 원발부위에 발생한 암으로 「첫번째암」 또는 「계속암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」(이하 「새로운 원발암」이라 합니다)을 말합니다.
- ⑩ 제8항 2호에서 「전이암」이란 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 지속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.
- ⑪ 제8항 3호에서 「재발암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째 암」 또는 「계속암」의 암세포를 제거한 후 그

「첫번째 암」 또는 「계속암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.

- ⑫ 제8항 4호에서 「잔여암」이란 「첫번째암」 또는 「계속암」에 대한 보장개시일 이후 발생한 「암」 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.
- ⑬ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」, 「상피내암」 및 「경계성종양」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」, 「상피내암」 및 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑭ 「계속암」의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「계속암」으로 진단 또는 치료(암의 치료를 직접적인 목적으로 한 항암방사선치료, 항암약물치료 또는 수술)을 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 치료시점에서 암세포의 잔존이 확인되지 않은 암에 대한 치료(보조적 또는 예방적암치료)는 제외 합니다.

제4조(항암방사선치료 및 항암약물치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ② 이 계약에서 「항암약물치료」라 함은 내과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암 약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(아노바, 헬릭소, 셀리나제 등) 치료는 제외합니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 계약에서 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 「수술」은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술 평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료 기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「계속암」의 지급사유가 발생하고 해당 지급사유 발생일부터 1년 내에 제3조(「암」, 「상피내암」, 「경계성종양」, 「첫번째암」 또는 「계속암」의 정의 및 진단확정) 제8항 제1호 내지 제4호의 암으로 진단확정된 경우에는 「계속암치료비」를 지급하지 않습니다.
- ② 계속암이 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「전립선암」, 「상피내암」 및 「경계성종양」이 아닌 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

손가락 및 발가락 절단 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 【별표44】(손가락, 발가락 절단 수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 수술비는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 두종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비만을 지급합니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

【용어의 정의】

- 절단(切斷) : 특정부위를 잘라 내는 것
- 절제(切除) : 특정부위를 잘라 없애는 것
- 흡인(吸引) : 주사기 등으로 빨아 들이는 것
- 천자(穿刺) : 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

- ② 제1항의 “수술”에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안정성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제1항의 “수술”은 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다

수족골절진단비(동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 상해를 입고 그 직접 결과로써 **【별표45】**(수족골절 분류표)에서 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 수족골절진단비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 수족골절진단비는 매사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 두 가지 이상의 수족골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를지급 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용 도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

다진단골절비(치아파절제외, 동일사고당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라 합니다)로 상해를 입고 그 직접결과로써 **【별표46】** (다진단골절(치아파절제외) 분류표)에서 정한 골절중 두가지 이상의 분류번호에 해당하는 골절로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 다진단골절비(치아파절제외)로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 다진단골절비(치아파절제외)는 매사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 사고로 **【별표46】** (다진단골절(치아파절제외) 분류표)에서 정한 골절중 두 가지 이상의 분류번호에 해당하는 골절상태가 된 경우에 한하여 1회 보상하며, 하나의 분류번호에 해당하는 골절인 경우에는 보상하지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를지급 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 지급사유와

보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

6. [별표46](다진단골절(치아파절제외) 분류표)에서 정한 골절중 하나의 분류번호에 해당하는 골절인 경우

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절(치아파절 제외) 급여 부목치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중에 상해의 직접결과로써 【별표12】(골절(치아파절 제외) 분류표)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 부목치료(Splint Cast)를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 골절부목치료비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 골절부목치료비는 매사고시마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절 진단 후 다수의 부목치료(Splint Cast)를 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료(Splint Cast)를 받은 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

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

제3조(부목치료(Splint Cast)의 정의)

① 이 특별약관에서 “부목치료(Splint Cast)”라 함은 부목치료 대상 수가코드(【별표47】(부목치료 대상 수가코드 참조)에 해당하는 치료를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 부목치료(Splint Cast)에 대해 치료 당시의 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

③ 제1항의 부목치료(Splint Cast)는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용 도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비(동일사고 또는 질병당 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 받은 경우 매사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 깁스치료비 보험금으로 보험수익자에게 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료비 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에서 상해라 함은 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

제2조(깁스치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「깁스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료 효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast) 치료는 제외합니다.
- ② 제1항에서 「부목(Splint cast) 치료」란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

급여 난임시술비(연간 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의해 난임시술(보조생식술)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 “난임시술(보조생식술)”이라 함은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우의 난임시술(보조생식술)(【별표48】 난임시술(보조생식술) 분류표 참조)을 말합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 난임시술(보조생식술)의 급여인정기준이 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 난임시술(보조생식술) 급여인정기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 미성년자의 정자·난자 활용행위
2. 매매된 정자·난자 활용
3. 대리모
4. 착상전 진단을 통한 태아의 성별선택, 우수인자 선택 등 생식세포의 조작이 있는 경우

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정상해성뇌손상진단비(연간 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “특정상해성뇌손상”으로 진단확정된 경우에는 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 연간 1회에 한하여 특정상해성뇌손상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정상해성뇌손상으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정상해성뇌손상진단비를 지급합니다.
- ③ 제1항에서 “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(특정상해성뇌손상의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어 “특정상해성뇌손상”이라 함은 “특정상해성뇌손상 분류표”(【별표49】 참조)에서 정한 상병을 말합니다.
- ② 제1항의 특정상해성뇌손상의 진단확정은 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 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.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

출산비용(본인 및 배우자) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자 및 배우자가 보험기간중 자녀를 출산한 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 지급대상은 출생신고된 출생아에 한하며, 쌍생아 이상의 경우 출생아 각각에 대하여 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

유산진단비(연간 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 유산으로 진단확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(유산의 정의 및 진단확정)

- ① 이 계약에 있어서 “유산”이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 유산으로 분류되는 질병(별표50) 유산 분류표 참조)을 말합니다.
- ② 유산의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 유산의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, “태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공임신중절수술)”은 보장에서 제외합니다. 다만, “모자보건법” 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당하는 경우에는 보장에서 제외하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병·상해확장보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 () 특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병 및 상해 사고에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항에도 불구하고 () 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 진단확정된 질병 및 상해 사고와 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 () 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체보험계약과의 보험기간 종료일 10일 이내에 이 계약의 () 특별약관의 보장이 갱신되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고 보험사가 이를 승인한 경우에는 계약이 갱신된 것으로 봅니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 () 특별약관을 따릅니다.

상해위험 부담보 특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 상해로 인한 사망보험금 및 후유장애보험금을 보상하여 드리지 아니합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

()보험금만의 지급 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 ()약관에 관계없이 ()보험금만을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 ()약관을 따릅니다.

단체계약 특별약관

제1조(계약의 적용 범위)

- ① 피보험자가 다음중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의

모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제1종 단체

동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

2. 제2종 단체

비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

3. 제3종 단체

그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

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

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

2. 제1항 제2호 및 제3호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제2조(상법 제735조3의 적용)

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

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

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

제3조(단체요율의 적용)

① 제1조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제3종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

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

제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체)

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

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

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

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

제5조(개별계약으로의 전환)

- ① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.
- ② 제1항에 따라 개별계약으로 전환시에는 전환후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제6조(보험증권의 발급)

- ① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.
- ② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제7조(적용상의 특칙)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 보험료정산 추가특별약관

제1조(보험료의 정산)

- ① 회사는 단체계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 특별약관 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

제2조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제3조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

단체계약 보험기간 설정 추가특별약관

제1조(적용범위)

이 추가특별약관은 단체계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다) 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험기간)

이 추가특별약관에 따라 계약기간중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제3조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

단체피보험자 지위유지 추가특별약관

제1조(피보험자 지위의 유지)

- ① 회사는 단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용 범위) 제1항에도 불구하고 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 피보험자의 지위를 이 계약의 보험기간 종료일까지 연장합니다. 다만, 사망으로 인한 퇴직 등 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.
- ② 이 추가특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다.
 1. 피보험단체는 단체계약특별약관 제1조(계약의 적용범위) 제1항 제1호에 해당하는 단체이어야 합니다.
 2. 보험기간 종료일까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

단체 포괄계약 특별약관

제1조(적용범위)

- ① 이 단체 포괄계약 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다)은 단체계약 특별약관 제1조(계약의 적용범위) 제1항에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
- ② 제1항의 경우 총피보험자수는 5인 이상이어야 합니다.

제2조(계약자)

이 특별약관에서의 계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접으로 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(피보험자수의 산정)

이 특별약관 하에서의 피보험자수는 이 계약에 부보된 총피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

보험료분납 특별약관

제1조(보험료의 분납)

계약자는 이 특별약관에 따라 보험료를 ()회 나누어 회사에 납입합니다.

제2조(분할보험료의 납입)

① 계약자는 분납보험료를 다음 방법에 따라 정한 날짜까지 납입하여야 합니다.

분할회수	분납보험료 및 납입시기	
	제1회 분납보험료	제2회 이후 분납보험료
2회	계약을 체결할 때 연납보험료의 1/2	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 6개월이 경과한 보험증권에 기재된 납입기일 안에 보험료의 1/2
4회	계약을 체결할 때 연납보험료의 1/4	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 매 3개월마다 보험증권에 기재된 납입기일 안에 3회에 걸쳐 매회, 보험료의 1/4
12회	계약을 체결할 때 연납보험료의 1/12	제1회 분납보험료를 납입한 날로부터 매월 보험증권에 기재된 납입기일 안에 11회에 걸쳐 매회, 보험료의 1/12

② 제1항의 제1회 분납보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하지 않습니다.

③ 계약자는 제2회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 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.

제3조(추가보험료의 납입)

① 회사가 보통약관 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)로 인하여 발생한 추가보험료를 청구하였을 때에는 계약자는 그 전액을 일시불로 납입하여야 합니다.

② 계약자가 제1항의 추가보험료 납입을 태만히 하였을 때에는 회사는 추가보험료 영수전에 발생한 사고의 손해에 대한 보험금은 계약사항 변동전 계약에 따라 보험금을 지급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

계약자는 보험료분납 특별약관에 의하여 보험료를 분납하는 경우 제2회차 이후의 보험료를 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 자동납입합니다.

제2조(자동납입 신청)

계약자는 보험계약과 동시에 계약자의 거래은행 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입하는 별첨 신청서를 작성합니다.

제3조(보험료의 영수)

자동납입일자는 보험계약 청약서에 기재된 보험료 납입 해당일에도 불구하고 해당월의 계약자가 희망하는 일자에 회사와 합의하는 일자로 합니다.

제4조(계약후 알릴 의무)

계약자는 거래은행 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래정지된 경우에는 즉시 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【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 훼손상태 임이 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 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 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 그중 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 식물인간 상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 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 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때	35
4) 한눈의 교정시력이 0.06이하로 된 때	25
5) 한눈의 교정시력이 0.1이하로 된 때	15
6) 한눈의 교정시력이 0.2이하로 된 때	5
7) 한눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- “교정시력”이라 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- “한 눈이 멀었을 때”라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각 무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각 유”)를 말한다.
- “한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때”라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- “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 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- “안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- “뚜렷한 시야 장애”라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여 있지 않는 경우를 말한다.
- “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.
- 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.
- “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 피보험자에 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 ±10dB 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 1/2이상 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 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 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 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. 장애의 평가기준

- 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 음료 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) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 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) 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 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 위아래턱(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) 뇌중추신경계 손상(정신인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계정신행동 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 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4이상 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 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 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 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간 골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 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 기형장애는 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 인접성 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 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각 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 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 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 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 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 고정된 상태
 - 나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - 나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
 - 다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - 라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
 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 고정된 상태

- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
- 가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - 나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) “추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애”란 추간판탈출증으로 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 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) “추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애”란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

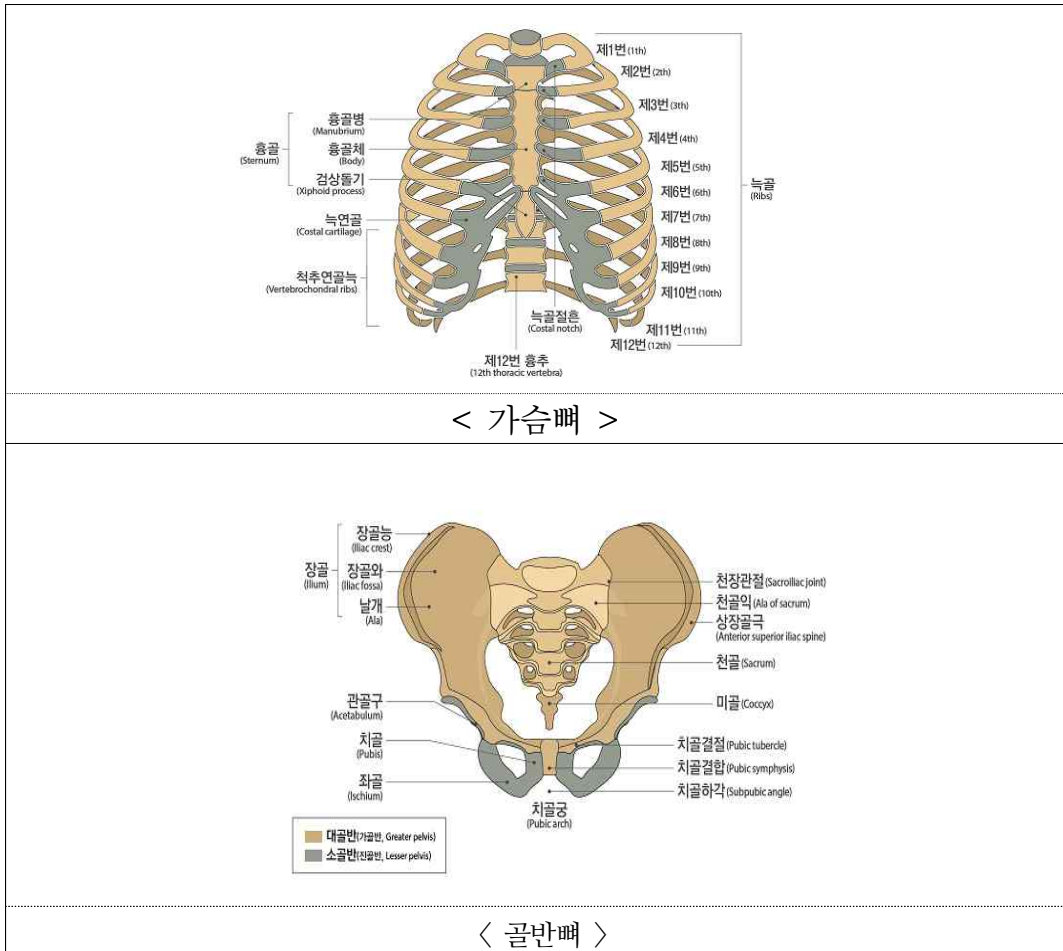
가. 장애의 분류

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. 다발성

늑골 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) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3대 관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 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 3대관절”이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) “한팔의 손목이상을 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 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - 가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 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 정상운동범위의 1/4이하로 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 정상운동범위의 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 정상운동범위의 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, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대 관절중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 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.
- 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- “다리”라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- “다리의 3대 관절”이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- “한 다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- “관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 완전 강직(관절굳음)
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’인 경우
- “관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4이하로 제한된 경우
 - 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’인 경우
- “관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- “관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 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) "가관절^{주)}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 종아리뼈중 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 관절중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각 각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

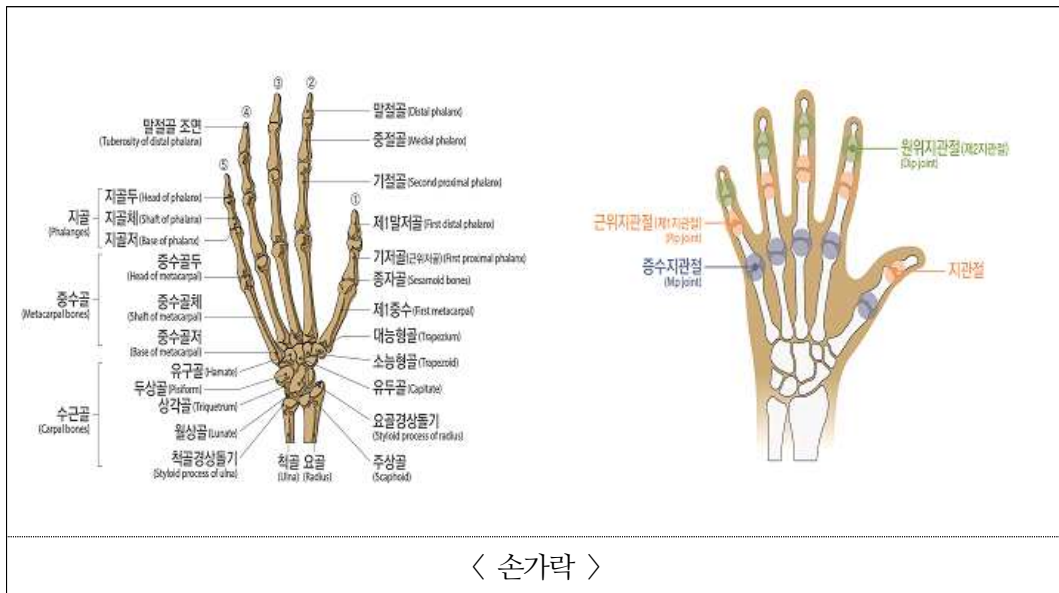
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 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 단

- 축 없이 골편만 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 제1, 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 측정 은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



11. 발가락의 장애

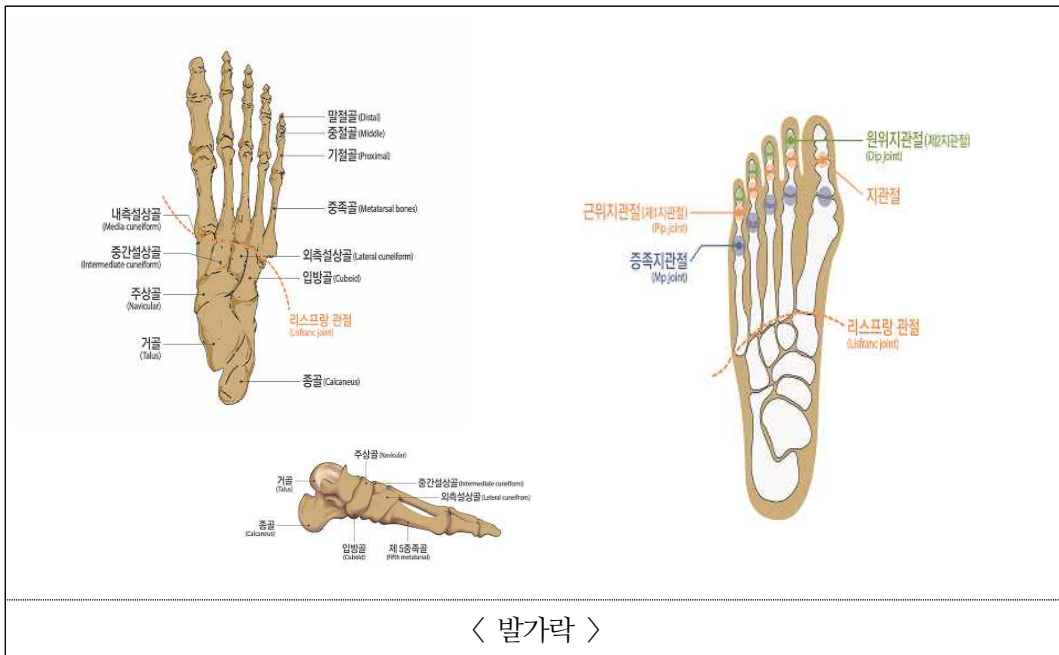
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개발가락을 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 5개발가락 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 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) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



〈 발가락 〉

12. 흉복부장기 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. 장애의 판정기준

- 1) “심장 기능을 잃었을 때”라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
- 나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
- 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘〈붙임〉 일상생활 기본 동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 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 말초신경계에 손상으로 인하여 “〈붙임〉일상생활 기본동작(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 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- 마) 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- 가) 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나) 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과 전문의 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다) “정신행동에 극심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라) “정신행동에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마) “정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 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 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사) “정신행동에 경미한 장애를 남긴 때”라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아) 지속적인 정신건강의학과 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 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, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

- 타) 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
 - 파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- 3) 치매
- 가) “치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
 - 나) 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)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	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)

음식물섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할수 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	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 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%)
옷입고벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태(3%)

【별표2】 악성신생물(암) 분류표

① 약관에서 규정하는 악성신생물(암)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【유의사항】 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

【별표3】 상피내의 신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 상피내암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상피내암 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상피내암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

① 약관에서 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 경계성종양 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 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 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 10. 단클론성 감마병증	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 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 경계성종양 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】 특정암 분류표

① 약관에서 규정하는 특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정암 해당여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
남성(3대암)	1. 위의 악성신생물(암)	C16
	2. 간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물(암)	C22
	3. 쓸개(담낭)의 악성신생물(암)	C23
	4. 기타 및 상세불명 담도부위의 악성신생물(암)	C24
	5. 기관의 악성신생물(암)	C33
	6. 기관지 및 폐의 악성신생물(암)	C34
여성(여성 특정암)	1. 유방의 악성신생물(암)	C50
	2. 외음부의 악성신생물(암)	C51
	3. 질의 악성신생물(암)	C52
	4. 자궁목의 악성신생물(암)	C53
	5. 자궁체의 악성신생물(암)	C54
	6. 상세불명 자궁부위의 악성신생물(암)	C55
	7. 난소의 악성신생물(암)	C56
	8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성신생물(암)	C57
	9. 태반의 악성신생물(암)	C58

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정암 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】 뇌졸중 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
·거미막밑 출혈	I60
·뇌내출혈	I61
·기타 비외상성 머리내 출혈	I62
·뇌경색증	I63
·대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
·대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌졸중 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】 급성심근경색증 분류표

① 약관에서 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
·급성심근경색증	I21
·후속 급성심근경색증	I22
·급성심근경색증후 특정 현재 합병증	I23

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 급성심근경색증 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】 허혈성심장질환 분류표

① 약관에서 규정하는 허혈성심장질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
·협심증	I20
·급성심근경색증	I21
·후속 급성심근경색증	I22
·급성심근경색증후 특정 현재 합병증	I23
·기타 급성 허혈성심장질환	I24
·만성 허혈성심장병	I25

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 허혈성심장질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】 뇌혈관질환 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌혈관질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
·거미막밑 출혈	I60
·뇌내출혈	I61
·기타 비외상성 머리내 출혈	I62
·뇌경색증	I63
·출혈 및 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
·대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
·대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
·기타 뇌혈관질환	I67
·달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
·뇌혈관질환의 후유증	I69

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는

한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】 뇌출혈 분류표

① 약관에서 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
·거미막밑 출혈	I60
·뇌내출혈	I61
·기타 비외상성 머리내 출혈	I62

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 뇌출혈 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】 수술분류표

수술종류	
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm ² 미만은 제외함) 2. 유방절단술(乳房切斷術)
근골의 수술 (筋骨의手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	7. 골이식술(骨移植術) 8. 골수염 골결핵 수술(骨髓炎骨結核手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함] 9. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골(코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함] 10. 비골(코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術)[비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함] 11. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術) [차.치육(齒.齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함]

	<p>12. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術)</p> <p>13. 쇠골 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術)</p> <p>14. 사지절단술(팔·다리切斷術) [손가락·발가락은 제외함]</p> <p>15. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) [골관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것]</p> <p>16. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술 (팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) [손가락·발가락은 제외함]</p> <p>17. 근건(힘줄)·인대·관혈수술(筋建 靱帶 觀血手術) [손가락·발가락은 제외함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함]</p>
호흡기·흉부의 수술 (呼吸器·가슴의手術)	<p>18. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)</p> <p>19. 후두전절제술(喉頭全切除術)</p> <p>20. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것]</p> <p>21. 흉곽형성술(胸廓形成術)</p> <p>22. 종격중앙적출술(縱隔腫瘍摘出術)</p>

수술종류	
순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	<p>23. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함]</p> <p>24. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術)</p> <p>25. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術)[개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>26. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術)</p> <p>27. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術)</p> <p>28. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)</p> <p>29. 비절제술(脾切除術)</p>
소화기의 수술 (消化器의 手術)	<p>30. 이하선(귀밑샘)중앙적출술(耳下腺腫瘍 摘出術)</p> <p>31. 악하선중앙적출술(顎下腺腫瘍 摘出術)</p> <p>32. 식도이단술(食道離斷術)</p> <p>33. 위절제술(胃切除術)</p> <p>34. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) [개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>35. 복막염수술(腹膜炎手術)</p> <p>36. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 脾臟 觀血手術)</p> <p>37. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)</p> <p>38. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術)</p> <p>39. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)</p> <p>40. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>41. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術)[근치(根治)를 목적으로]</p>

한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함

수술종류

<p>뇨·성기의 수술 (尿·性器의 수술)</p>	<p>42. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함] 43. 신장 신우 노관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 膀胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 44. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 45. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 46. 음경절단술(陰莖切斷術) 47. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술(睪丸 副睪丸 精管 精索 精囊 前立腺手術) 48. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術) 49. 자궁광범전절제술(子宮廣汎全切除術) [단순 자궁 전 절제술(單純子宮全摘)등의 자궁전절제술(子宮全切除術)은 제외함] 50. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術) 51. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術) 52. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術) 53. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膺脫手術) 54. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술(子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함] 55. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經腔的操作)은 제외함] 56. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)</p>
<p>내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)</p>	<p>57. 하수체종양절제술(下垂體腫瘍切除術) 58. 갑상선수술(甲狀腺手術) 59. 부신전절제술(副腎全切除術)</p>
<p>신경의 수술 (神經의手術)</p>	<p>60. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術) 61. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)] 62. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術) 63. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)</p>

수술종류

<p>감각가시기의 수술 (感覺器·視器의 手術)</p>	<p>64. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術) 65. 누소관형성술(淚小管形成術) 66. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術) 67. 결막낭형성술(結膜囊形成術) 68. 각막이식술(角膜移植術) 69. 관혈적전방 홍채 초차체 안와내이물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術) 70. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術)</p>
-----------------------------------	---

	<p>71. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)</p> <p>72. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術)</p> <p>73. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)</p> <p>74. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)</p> <p>75. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]</p> <p>76. 안구절제술 조직충전술(眼球切除術, 組織充填術)</p> <p>77. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)</p> <p>78. 안근이식술(眼筋移植術)</p>
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	<p>79. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術)</p> <p>80. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)</p> <p>81. 중이(가운데귀)근본수술(中耳根本手術)</p> <p>82. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術)</p> <p>83. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)</p>
악성신생물(암)의 수술 (惡性新生物의 手術)	<p>84. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術)</p> <p>85. 악성신생물(암)온열요법(惡性新生物溫熱療法) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]</p> <p>86. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)</p>
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	<p>87. 상기이외의 개두술(開頭術)</p> <p>88. 상기이외의 개흉술(開胸術)</p> <p>89. 상기이후의 개복술(開腹術)</p> <p>90. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]</p> <p>91. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) [검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]</p>
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	<p>92. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) [5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]</p>

【비고】

- 치료를 직접목적으로 한 수술
미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사 [생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢查)등] 를 위한 수술 등은 “치료를 직접적인 목적으로 한 수술”에 해당 되지 않습니다.

【별표12】 골절(치아파절제외)분류표

① 약관에서 규정하는 골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절(치아파절 제외)	S02(S02.5는 제외)
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	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 손부위에서의 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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13】 골절분류표

① 약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	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 손부위에서의 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

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】 화상분류표

① 약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31

13. 포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장애	L59

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】 전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법

[시행 2018.3.13.] [법률 제15472호, 2018.3.13., 타법개정]

제3조(피해구제의 신청) ① 피해자는 피해금을 송금·이체한 계좌를 관리하는 금융회사 또는 사기이용계좌를 관리하는 금융회사에 대하여 사기이용계좌의 지급정지 등 전기통신금융사기의 피해구제를 신청할 수 있다.

② 제1항에 따라 피해구제의 신청을 받은 금융회사는 다른 금융회사의 사기이용계좌로 피해금이 송금·이체된 경우 해당 금융회사에 대하여 필요한 정보를 제공하고 지급정지를 요청하여야 한다.

③ 제1항에 따른 피해구제의 신청 및 제2항에 따른 지급정지의 요청에 관한 방법·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제5조(채권소멸절차의 개시 공고) ① 금융회사는 제4조에 따라 지급정지 조치를 행한 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융감독원에 명의인의 채권이 소멸되는 절차(이하 "채권소멸절차"라 한다)를 개시하기 위한 공고를 요청하여야 한다. 다만, 명의인의 채권 전부 또는 일부가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 손해배상·부당이득반환 등의 청구소송이 제기되어 법원에 계속(係屬) 중인 경우
2. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「민사집행법」에 따른 압류·가압류 또는 가처분의 명령이 집행된 경우
3. 제4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 「국세징수법」에 따른 체납절차가 개시된 경우
4. 제 4조에 따라 지급정지 조치를 하기 전에 질권(質權)이 설정된 경우
5. 지급정지된 후에 제4조의2제2항에 따라 명의인과 피해자 간 채무부존재확인·부당이득반환청구 소송 등이 제기되어 법원에 계속 중인 경우

② 금융감독원은 제1항에 따라 채권소멸절차 개시의 공고 요청을 받은 경우 지체 없이 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 공고하여야 한다.

1. 전기통신금융사기와 관련하여 채권소멸절차가 개시되었다는 취지
2. 사기이용계좌와 관련된 금융회사, 점포 및 예금 등의 종별 및 계좌번호
3. 명의인의 성명 또는 명칭
4. 공고 전 피해구제 신청에 따라 채권소멸대상에 해당하는 채권의 금액
5. 제6조에 따른 채권소멸절차 개시 이후의 피해구제 신청의 방법 및 절차
6. 제7조에 따른 명의인의 이의제기 방법 및 절차
7. 제13조의2제1항에 따른 전자금융거래제한대상자로 지정되었다는 취지와 이의제기 방법 및 절차
8. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 금융감독원은 제2항에 따라 채권소멸절차의 개시에 관한 공고를 한 경우 지체 없이 명의인에게 채권소멸절차의 개시에

관한 사실을 통지하여야 한다. 다만, 명의인의 소재를 알 수 없는 경우에는 제2항에 따른 공고로 명의인에 대한 통지가 이루어진 것으로 본다.

- 제10조(피해환급금의 결정·지급) ① 금융감독원은 제9조제1항에 따라 채권이 소멸된 날부터 14일 이내에 피해환급금을 지급 받을 자 및 그 금액을 결정하여 그 내역을 제3조제1항 및 제6조제1항에 따라 피해구제를 신청한 피해자 및 금융회사에 통지하여야 하고, 통지를 받은 금융회사는 지체 없이 피해환급금을 피해자에게 지급하여야 한다.
- ② 제1항의 피해환급금은 총피해금액이 소멸채권 금액을 초과하는 경우 소멸채권 금액에 각 피해자의 피해금액의 총피해금액에 대한 비율을 곱한 금액으로 하며, 그 외의 경우에는 해당 피해금액으로 한다.
- ③ 금융감독원은 제2항에 따른 피해환급금의 결정을 위하여 금융회사에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.
- ④ 그 밖에 피해환급금의 결정 및 지급 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

【별표 16】 질병 분류표

① 약관에서 규정하는 질병은 8차 개정 한국표준질병사인분류 (통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 특정 감염성 및 기생충성 질환	A00-B99
2. 신생물	C00-D48
3. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역매커니즘을 침범하는 특정장애	D50-D89
4. 내분비, 영양 및 대사질환	E00-E90
5. 신경계통의 질환	G00-G99
6. 눈 및 눈 부속기의 질환	H00-H59
7. 귀 및 유도의 질환	H60-H95
8. 순환계통의 질환	I00-I99
9. 호흡계통의 질환	J00-J99
10. 소화계통의 질환	K00-K93
11. 피부 및 피하조직의 질환	L00-L99
12. 근골격계통 및 결합조직의 질환	M00-M99
13. 비뇨생식계통의 질환	N00-N99
14. 임신, 출산 및 산후기	O00-O99
15. 출생전후기에 기원한 특정 병태	P00-P99
16. 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	R00-R99

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표17】 특정 13대 질병 분류표

① 약관에서 규정하는 특정 13대 질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 특정 13대 질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
급성상기도감염	급성 상기도감염	J00~J06
담낭담도질환	담낭염 담낭의 기타질환 담도의 기타질환	K81 K82 K83
중이의 진주종	중이의 진주종	H71
귀경화증	귀경화증	H80
소화계통의 양성 신생물	기타 및 부위불명 소화계통의 양성 신생물	D13
중이, 호흡계통 및 홍곽의 양성 신생물	중이, 호흡계통의 양성 신생물 기타 및 부위불명 홍곽내기관의 양성 신생물	D14 D15
골 및 관절연골의 양성 신생물	골 및 관절연골의 양성 신생물	D16
조직의 양성 신생물	중피조직의 양성 신생물 후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물	D19 D20 D21
수막의 양성 신생물	수막의 양성 신생물	D32
뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물	뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성 신생물	D33
갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	갑상선의 양성 신생물 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물	D34 D35
유방의 양성 신생물	유방의 양성 신생물	D24
골다공증	병적 골절을 동반한 골다공증 병적 골절이 없는 골다공증 달리 분류된 질환에서의 골다공증 골연속성의 장애	M80 M81 M82 M84

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 특정 13대 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 18】 골절(1~5종) 분류표

① 약관에서 규정하는 골절(1~5종)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(1~5종) 해당여부를 판단합니다.

종구분	대상이 되는 상병	분류번호
1종	치아파절	S02.5
	얼굴의 으깬 손상	S07.0
	두개골의 으깬 손상	S07.1
	머리의 기타 부분의 으깬 손상	S07.8
	머리의 상세불명 부분의 으깬 손상	S07.9
	머리의 상세불명의 손상	S09.9
	늑골 골절	S22.3
	골성흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9
	견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9
	척골 상단의 골절	S52.0
	요골 상단의 골절	S52.1
	척골 몸통의 골절	S52.2
	요골 몸통의 골절	S52.3
	요골 하단의 골절	S52.5
	아래 팔의 기타 부분의 골절	S52.8
	아래 팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9
	손주상골의 골절	S62.0
	기타 수근골의 골절	S62.1
	제1중수골의 골절	S62.2
	기타 중수골 골절	S62.3
	엄지손가락의 골절	S62.5
	기타손가락의 골절	S62.6
	아래 다리의 상세불명 부분의 골절	S82.9
	기타 족근골(발목뼈)의 골절	S92.2
	중족골(발바닥뼈)의 골절	S92.3
	엄지발가락(족무지)의 골절	S92.4
	기타 발가락의 골절	S92.5
	발의 상세불명 골절	S92.9
미추의 골절	S32.2	
2종	두개저의 골절	S02.1
	비골의 골절	S02.2
	하악골의 골절	S02.6
	목의 기타부분의 골절	S12.8
	흉추의 골절	S22.0
	흉골의 골절	S22.2
	골성흉곽의 기타부분의 골절	S22.8
	요추의 골절	S32.0
	천골의 골절	S32.1

	장골의 골절	S32.3
	치골의 골절	S32.5
	견갑골의 골절	S42.1
	상완골의 상단의 골절	S42.2
	상완골 몸통의 골절	S42.3
	상완골 하단의 골절	S42.4
	손가락의 다발 골절	S62.7
	무릎뼈의 골절	S82.0
	경골 상단의 골절	S82.1
	경골 몸통의 골절	S82.2
	경골 하단의 골절	S82.3
	비골 만의 골절	S82.4
	안쪽 복사의 골절	S82.5
	외측 복사의 골절	S82.6
	아래 다리의 기타 부분의 골절	S82.8
	중골(발뒤꿈치)의 골절	S92.0
	목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
	척추의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T08.0
	팔의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T10.0
	다리의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T12.0
	상세불명의 신체부위의 골절	T14.2
	안와 바닥의 골절	S02.3
	발의 다발골절	S92.7
	손목 및 손이 기타 및 상세불명부분의 골절	S62.8
	어깨 및 위 팔의 기타부분의 골절	S42.8
	거골(발목뼈 중 가장 위쪽 뼈)의 골절	S92.1
	척골과 요골 모두의 몸통 골절	S52.4
	척골과 요골 모두의 하단 골절	S52.6
	쇄골의 골절	S42.0
3중	두개원개의 골절	S02.0
	광대뼈 및 상악골의 골절	S02.4
	제1경추의 골절	S12.0
	제2경추의 골절	S12.1
	기타 명시된 경추의 골절	S12.2
	목의 상세불명 부분의 골절	S12.9
	흉추의 다발 골절	S22.1
	늑골의 다발 골절	S22.4
	아래 팔의 다발 골절	S52.7
	중수골의 다발 골절	S62.4
	대퇴골 전자부 골절	S72.1
	대퇴골 몸통의 골절	S72.3
	대퇴골 하단의 골절	S72.4
	대퇴골의 기타 부분의 골절	S72.8
	대퇴골의 상세불명 부분의 골절	S72.9
	다리와 함께 팔이 여러 부위를 침범한 골절	T02.6

	기타 신체 부위를 복합적으로 침범한 골절 상세 불명의 다발성 골절 팔의 상세불명 부위의 골절, 개방성 척추의 상세불명 부위의 골절, 개방성 한쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절 한쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절 양측 팔의 여러 부위를 침범한 골절 양측 다리의 여러 부위를 침범한 골절 아래 다리의 다발 골절 쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발 골절 다리의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T02.8 T02.9 T10.1 T08.1 T02.2 T02.3 T02.4 T02.5 S82.7 S42.7 T12.1
4종	기타 두개골 및 안면골의 골절 두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절 경추의 다발 골절 동요가슴 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 골절 대퇴골 경부의 골절 전자하 골절 질구의 골절 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	S02.8 S02.9 S12.7 S22.5 S32.8 S72.0 S72.2 S32.4 T02.1
5종	두개골 및 안면골을 침범하는 다발 골절 요추 및 골반의 다발 골절 아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절 대퇴골의 다발 골절	S02.7 S32.7 T02.7 S72.7

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절(1~5종) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 19】 골절(치아파절제외, 1~5종) 분류표

① 약관에서 규정하는 골절(치아파절제외, 1~5종)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외, 1~5종) 해당여부를 판단합니다.

종구분	대상이 되는 상병	분류번호
1종	얼굴의 으깬 손상 두개골의 으깬 손상	S07.0 S07.1

	머리의 기타 부분의 으깬 손상 머리의 상세불명 부분의 으깬 손상 머리의 상세불명의 손상 늑골 골절 골성흉곽의 상세불명 부분의 골절 견갑대의 상세불명 부분의 골절 척골 상단의 골절 요골 상단의 골절 척골 몸통의 골절 요골 몸통의 골절 요골 하단의 골절 아래 팔의 기타 부분의 골절 아래 팔의 상세불명 부분의 골절 손주상골의 골절 기타 수근골의 골절 제1중수골의 골절 기타 중수골 골절 엄지손가락의 골절 기타손가락의 골절 아래 다리의 상세불명 부분의 골절 기타 족근골(발목뼈)의 골절 중족골(발바닥뼈)의 골절 엄지발가락(족무지)의 골절 기타 발가락의 골절 발의 상세불명 골절 미추의 골절	S07.8 S07.9 S09.9 S22.3 S22.9 S42.9 S52.0 S52.1 S52.2 S52.3 S52.5 S52.8 S52.9 S62.0 S62.1 S62.2 S62.3 S62.5 S62.6 S82.9 S92.2 S92.3 S92.4 S92.5 S92.9 S32.2
2종	두개저의 골절 비골의 골절 하악골의 골절 목의 기타부분의 골절 흉추의 골절 흉골의 골절 골성흉곽의 기타부분의 골절 요추의 골절 천골의 골절 장골의 골절 치골의 골절 견갑골의 골절 상완골의 상단의 골절 상완골 몸통의 골절 상완골 하단의 골절 손가락의 다발 골절 무릎뼈의 골절 경골 상단의 골절 경골 몸통의 골절	S02.1 S02.2 S02.6 S12.8 S22.0 S22.2 S22.8 S32.0 S32.1 S32.3 S32.5 S42.1 S42.2 S42.3 S42.4 S62.7 S82.0 S82.1 S82.2

	경골 하단의 골절 비골 만의 골절 안쪽 복사의 골절 외측 복사의 골절 아래 다리의 기타 부분의 골절 중골(발뒤꿈치)의 골절 목과 함께 머리를 침범한 골절 척추의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성 팔의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성 다리의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성 상세불명의 신체부위의 골절 안와 바닥의 골절 발의 다발골절 손목 및 손이 기타 및 상세불명부분의 골절 어깨 및 위 팔의 기타부분의 골절 거골(발목뼈 중 가장 위쪽 뼈)의 골절 척골과 요골 모두의 몸통 골절 척골과 요골 모두의 하단 골절 쇄골의 골절	S82.3 S82.4 S82.5 S82.6 S82.8 S92.0 T02.0 T08.0 T10.0 T12.0 T14.2 S02.3 S92.7 S62.8 S42.8 S92.1 S52.4 S52.6 S42.0
3중	두개원개의 골절 광대뼈 및 상악골의 골절 제1경추의 골절 제2경추의 골절 기타 명시된 경추의 골절 목의 상세불명 부분의 골절 흉추의 다발 골절 늑골의 다발 골절 아래 팔의 다발 골절 중수골의 다발 골절 대퇴골 전자부 골절 대퇴골 몸통의 골절 대퇴골 하단의 골절 대퇴골의 기타 부분의 골절 대퇴골의 상세불명 부분의 골절 다리와 함께 팔이 여러 부위를 침범한 골절 기타 신체 부위를 복합적으로 침범한 골절 상세 불명의 다발성 골절 팔의 상세불명 부위의 골절, 개방성 척추의 상세불명 부위의 골절, 개방성 한쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절 한쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절 양측 팔의 여러 부위를 침범한 골절 양측 다리의 여러 부위를 침범한 골절 아래 다리의 다발 골절 쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발 골절	S02.0 S02.4 S12.0 S12.1 S12.2 S12.9 S22.1 S22.4 S52.7 S62.4 S72.1 S72.3 S72.4 S72.8 S72.9 T02.6 T02.8 T02.9 T10.1 T08.1 T02.2 T02.3 T02.4 T02.5 S82.7 S42.7

	다리의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T12.1
4종	기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
	두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
	경추의 다발 골절	S12.7
	동요가슴	S22.5
	요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S32.8
	대퇴골 경부의 골절	S72.0
	전자하 골절	S72.2
	질구의 골절	S32.4
	아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	T02.1
5종	두개골 및 안면골을 침범하는 다발 골절	S02.7
	요추 및 골반의 다발 골절	S32.7
	아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
	대퇴골의 다발 골절	S72.7

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 골절(치아파절제외, 1~5종) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 20】 독감·폐렴 분류표

① 약관에서 규정하는 독감·폐렴으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 독감·폐렴 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 특정의 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 기타 확인된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11
4. 달리 분류되지 않은 바이러스폐렴	J12
5. 폐렴연쇄구균에 의한 폐렴	J13
6. 인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
7. 달리 분류되지 않은 세균폐렴	J15
8. 달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴	J16
9. 달리 분류된 질환에서의 폐렴	J17
10. 상세불명 병원체의 폐렴	J18

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 독감·폐렴 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는

한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자) 분류표

「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에서 “보건복지부령이 정하는 자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

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

<p>1. 응급증상 및 이에 준하는 증상</p> <p>가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상</p> <p>나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크</p> <p>다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)</p> <p>라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상</p> <p>마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈</p> <p>바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실</p> <p>사. 알리지 : 얼굴 부종을 동반한 알리지 반응</p> <p>아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애</p> <p>자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애</p>
<p>2. 응급증상에 준하는 증상</p> <p>가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈</p> <p>나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡</p> <p>다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애</p> <p>라. 출혈 : 혈관손상</p> <p>마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)</p> <p>바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상</p> <p>사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자</p>

【별표22】온혈질환 분류표

① 약관에서 규정하는 온혈질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 온혈질환 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
·열사병 및 일사병	T67.0
·열실신	T67.1
·열경련	T67.2
·탈수성 열탈진	T67.3
·염분 상실에 의한 열탈진	T67.4
·상세불명의 열탈진	T67.5
·일과성 열피로	T67.6
·열성 부종	T67.7
·열 및 빛의 기타 영향	T67.8
·열 및 빛의 상세불명의 영향	T67.9

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 온혈질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 23】산재장해분류표

제1급

1. 두 눈이 실명된 사람
2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능을 모두 영구적으로 완전히 잃은 사람
3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람
4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 항상 간병을 받아야 하는 사람
5. 두 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람
6. 두 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람
7. 두 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람
8. 두 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람

제2급

1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람
2. 두 눈의 시력이 각각 0.02이하로 된 사람
3. 두 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람
4. 두 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람

5. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람
6. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 수시로 간병을 받아야 하는 사람

제3급

1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람
2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능을 영구적으로 완전히 잃은 사람
3. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람
4. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 일생동안 노무에 종사할 수 없는 사람
5. 두 손의 손가락을 모두 잃은 사람

제4급

1. 두 눈의 시력이 각각 0.06이하로 된 사람
2. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
3. 고막의 전부의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력을 완전히 잃은 사람
4. 한 팔을 팔꿈치관절이상에서 잃은 사람
5. 한 다리를 무릎관절이상에서 잃은 사람
6. 두 손의 손가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람
7. 두 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람

제5급

1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람
2. 한 팔을 손목관절이상에서 잃은 사람
3. 한 다리를 발목관절이상에서 잃은 사람
4. 한 팔을 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람
5. 한 다리를 영구적으로 완전히 사용하지 못하게 된 사람
6. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람
7. 흉복부장기의 기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람
8. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 뚜렷한 장애가 남아 특별히 손쉬운 노무외에는 종사할 수 없는 사람

제6급

1. 두 눈의 시력이 각각 0.1이하로 된 사람
2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
3. 고막의 대부분의 결손이나 그 외의 원인으로 인하여 두 귀의 청력이 모두 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
4. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
5. 척주에 뚜렷한 기형이나 뚜렷한 기능장애가 남은 사람
6. 한 팔의 3대 관절중 2개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람
7. 한 다리의 3대 관절중 2개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람
8. 한손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 잃은 사람

제7급

1. 한 눈이 실명되고 다른 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람
2. 두 귀의 청력이 모두 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
3. 한 귀가 전혀 들리지 아니하게 되고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

4. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람
5. 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 손쉬운 노무외에는 종사하지 못하는 사람
6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 잃은 사람
7. 한 손의 5개의 손가락 또는 엄지손가락과 둘째손가락을 포함하여 4개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
8. 한 발을 리스푸랑관절이상에서 잃은 사람
9. 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
10. 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
11. 두 발의 발가락이 모두 제대로 못쓰게 된 사람
12. 외모에 뚜렷한 흉터가 남은 사람
13. 양쪽 고환을 잃은 사람

제8급

1. 한 눈이 실명되거나 한 눈의 시력이 0.02이하로 된 사람
2. 척주에 경도의 기형이나 기능장애가 남은 사람
3. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람
4. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락이나 둘째손가락을 포함하여 3개이상의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
5. 한 다리가 5센티미터이상 짧아진 사람
6. 한 팔의 3대 관절중 1개 관절이 제대로 못쓰게 된 사람
7. 한 다리의 3대 관절중 1개 관절을 제대로 못쓰게 된 사람
8. 한 팔에 가관절이 남은 사람
9. 한 다리에 가관절이 남은 사람
10. 한 발의 5개의 발가락을 모두 잃은 사람
11. 비장 또는 한쪽의 신장을 잃은 사람

제9급

1. 두 눈의 시력이 각각 0.6이하로 된 사람
2. 한 눈의 시력이 0.06이하로 된 사람
3. 두 눈에 모두 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람
4. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람
5. 코가 결손되어 그 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
6. 말하는 기능과 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람
7. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
8. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하고 다른 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
9. 한 귀의 청력을 영구적으로 완전히 잃은 사람
10. 한 손의 엄지손가락을 잃은 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 잃은 사람
11. 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
12. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 잃은 사람
13. 한 발의 발가락을 모두 제대로 못쓰게 된 사람
14. 생식기에 뚜렷한 장애가 남은 사람
15. 신경계통의 기능 또는 정신기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람
16. 흉복부장기의 기능에 장애가 남아 노무가 상당한 정도로 제한된 사람

제10급

1. 한 눈의 시력이 0.1이하로 된 사람
2. 말하는 기능 또는 음식물을 씹는 기능에 장애가 남은 사람
3. 14개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
4. 한 귀의 청력이 귓바퀴에 대고 말하지 아니하고서는 큰 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
5. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
6. 척주에 기능장애가 남았으나 보존적 요법으로 치유된 사람
7. 한 손의 둘째손가락을 잃은 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 잃은 사람
8. 한손의 엄지손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째손가락을 포함하여 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 3개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
9. 한 다리가 3센티미터이상 짧아진 사람
10. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 잃은 사람
11. 한 팔의 3대 관절중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람
12. 한 다리의 3대 관절중 1개 관절의 기능에 뚜렷한 장애가 남은 사람

제11급

1. 두 눈이 모두 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 또는 뚜렷한 운동기능 장애가 남은 사람
2. 두 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
3. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손이 남은 사람
4. 한 귀의 청력이 40센티미터이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람
5. 척주에 기형이 남은 사람
6. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 잃은 사람
7. 한 손의 둘째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 엄지손가락과 둘째손가락외의 2개의 손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
8. 한 발의 엄지발가락을 포함하여 2개이상의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
9. 흉복부장기에 기능에 장애가 남은 사람
10. 10개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
11. 두 귀의 청력이 모두 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아듣지 못하게 된 사람

제12급

1. 한 눈의 안구의 조절기능에 뚜렷한 장애가 남거나 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
2. 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 사람
3. 7개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
4. 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 사람
5. 쇄골, 흉골(복장뼈), 늑골(갈비뼈), 견갑골(어깨뼈) 또는 골반골에 뚜렷한 기형이 남은 사람
6. 한 팔의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람
7. 한 다리의 3대 관절중의 1개 관절의 기능에 장애가 남은 사람
8. 장관골에 기형이 남은 사람
9. 한 손의 가운데손가락 또는 넷째손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
10. 한 발의 둘째발가락을 잃은 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 잃은 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 잃은 사람
11. 한 발의 엄지발가락 또는 그외의 4개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
12. 국부에 완고한 신경증상이 남은 사람
13. 외모에 흉터가 남은 사람

제13급

1. 한 눈의 시력이 0.6이하로 된 사람
2. 한 눈에 반맹증, 시야협착 또는 시야변상이 남은 사람
3. 두 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람
4. 5개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
5. 한 손의 새끼손가락을 잃은 사람
6. 한 손의 엄지손가락의 지골의 일부를 잃은 사람
7. 한 손의 둘째손가락의 지골의 일부를 잃은 사람
8. 한 손의 둘째손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람
9. 한 다리가 1센티미터이상 짧아진 사람
10. 한 발의 가운데발가락이하의 1개 발가락 또는 2개의 발가락을 잃은 사람
11. 한발의 둘째발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 둘째발가락을 포함하여 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람 또는 가운데발가락이하의 3개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
12. 흉부장기에 진폐증의 소견이 있는 사람

제14급

1. 한 눈의 눈꺼풀의 일부에 결손이 남거나 속눈썹에 결손이 남은 사람
2. 3개이상의 치아에 대하여 치과보철을 한 사람
3. 팔의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람
4. 다리의 노출된 면에 손바닥 크기의 흉터가 남은 사람
5. 한 손의 새끼손가락을 제대로 못쓰게 된 사람
6. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 지골의 일부를 잃은 사람
7. 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락외의 손가락의 말관절을 굽히고 펼 수 없게 된 사람
8. 한 발의 가운데발가락이하의 1개 또는 2개의 발가락을 제대로 못쓰게 된 사람
9. 국부에 신경증상이 남은 사람
10. 한 귀의 청력이 1미터이상의 거리에서는 작은 말소리를 알아 듣지 못하게 된 사람

<참고>

1. 시력의 측정은 국제시력표에 의하며, 굴절이상인 사람에 대하여는 원칙적으로 교정시력을 측정한다.
2. 손가락을 잃은 것이란 엄지손가락에 있어서는 지관절, 기타의 손가락에 있어서는 제1지관절이상을 잃은 경우를 말한다.
3. 손가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 손가락의 말단의 2분의 1이상을 잃거나 중수지절관절 또는 제1지관절(엄지손가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 경우를 말한다.
4. 발가락을 잃은 것이란 발가락의 전부를 잃은 경우를 말한다.
5. 발가락을 제대로 못쓰게 된 것이란 엄지발가락에 있어서는 말절의 2분의 1이상을 기타의 발가락에 있어서는 말관절이상을 잃은 경우 또는 중족지절관절 또는 제1지관절(엄지발가락에 있어서는 지관절)에 뚜렷한 운동기능장애가 남은 경우를 말한다.

【별표24】 말기폐질환(End Stage Lung Disease) 분류표

1.. 약관에 규정하는 말기폐질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다. 다만, 다음의 상병 이외의 출생전후기 질병(P00~P96)은 포함되지 않습니다.

대상질병	분류번호
1. 인플루엔자 및 폐렴	J09 ~ J18
2. 기타 급성 하기도 감염	J20 ~ J22
3. 만성 하부 호흡기 질환	J40 ~ J47
4. 외부요인에 의한 폐질환	J60 ~ J70
5. 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기 질환	J80 ~ J84
6. 하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85 ~ J86
7. 흉막의 기타 질환	J90 ~ J94
8. 호흡계통의 기타 질환	J95 ~ J99
9. 수두폐렴	B01.2
10. 폐렴이 합병된 홍역	B05.2
11. 거대세포바이러스폐렴	B25.0
12. 폐 독소포자충증	B58.3
13. 류마티스 폐질환	M05.1

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】 당뇨병 대상 분류표

① 약관에 규정하는 당뇨병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 1형 당뇨병	E10
2. 2형 당뇨병	E11
3. 영양실조와 관련된 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에

부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】 간경변증 대상 분류표

- ① 약관에 규정하는 간경변증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 알콜성 감염유증 및 간의 경화증	K70.2
2. 알콜성 간경변증	K70.3
3. 간의 섬유증 및 경변증을 동반한 독성간질환	K71.7
4. 간의 섬유증 및 경변증	K74
5. 간의 만성 수동울혈	K76.1

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】 난임 분류표

- ① 약관에 규정하는 난임으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 남성불임	N46
2. 무배란과 관련된 여성불임	N97.0
3. 난관에서 기원한 여성불임	N97.1
4. 자궁에서 기원한 불임	N97.2
5. 자궁경부에서 기원한 여성불임	N97.3

6. 기타 요인에서 기원한 여성불임	N97.8
7. 상세불명의 여성불임	N97.9

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】 유산 분류표

① 약관에 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06
8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증	O08

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표29】 돌발성난청 분류표

① 약관에 규정하는 돌발성난청으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
돌발성 특발성 청력소실	H91.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】 특정2대중추신경계질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정2대중추신경계질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호	
중추신경계 염증성질환	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	G03
	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	G08
두개·척추내 농양및육아종	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	G06

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표31】 특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병) 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정6대순환계질환(류마티스질환및심장병)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00

급성류마티스열	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스무도병	I02
만성류마티스 심장질환	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09
심장염증질환	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	급성 심근염	I40
심장판막질환	비류마티스성 승모판장애 (단, 승모판기능부전 제외)	I34 (I34.0제외)
	비류마티스성 대동맥판장애 (단, 대동맥판기능부전 제외)	I35 (I35.1제외)
	비류마티스성 삼첨판장애 (단, 비류마티스성 삼첨판기능부전 제외)	I36 (I36.1제외)
	폐동맥판장애 (단, 폐동맥판기능부전 제외)	I37 (I37.1제외)
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	방실·좌각 차단	방실차단 및 좌각차단 (단, 방실차단, 1도 제외)
(단, 방실차단, 2도 제외)		(I44.1제외)
인공소생심장정지		I46.0

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표32】 특정5대순환계질환(혈관질환) 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정5대순환계질환(혈관질환)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
폐성 심장병 및 폐순환	폐색전증	I26
	기타 폐성 심장질환	I27

질환	폐혈관의 기타 질환	I28
동맥질환	대동맥동맥류 및 박리	I71
	기타 동맥류 및 박리	I72
	동맥색전증 및 혈전증	I74
	동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
정맥질환	문맥혈전증	I81
	기타 정맥의 색전증 및 혈전증	I82
	식도정맥류	I85
	위정맥류	I86.4
특정 하지정맥류	궤양을 동반한 하지의 정맥류	I83.0
	궤양과 염증을 동반한 하지의 정맥류	I83.2
기타 혈관질환	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1
	모세혈관의 질환	I78

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33】 특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환) 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정5대호흡계질환(폐렴,하부호흡기및흉막질환)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호	
특정 바이러스성 폐렴	아데노바이러스폐렴	J12.0
	파라인플루엔자바이러스폐렴	J12.2
	사립메타뉴모바이러스폐렴	J12.3
세균성 폐렴	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
하부호흡기질환	폐기종	J43
	기관지확장증	J47
외부요인 폐질환	화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
	고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
흉막질환	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	흉막판	J92
	기타 흉막의 병태	J94

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】 특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환) 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정2대호흡계질환(간질·화농·괴사성질환)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호	
간질영향 호흡기질환	성인호흡곤란증후군	J80
	폐부종	J81
	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
하기도 화농·괴사성 질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표35】 특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환) 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정4대소화계질환(충수·복막·기타장질환)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
총수질환	급성 총수염	K35
	기타 총수염	K36
	상세불명의 총수염	K37
	총수의 기타 질환	K38
복막질환	복막염	K65
	복막의 기타 장애	K66
특정 위장염 및 결장염	방사선에 의한 위장염 및 결장염	K52.0
	독성 위장염 및 결장염	K52.1
기타 장질환	장의 혈관장애	K55

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】 특정6대소화계질환(궤양, 게실염) 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정6대소화계질환(궤양, 게실염)으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병		분류번호
특정식도궤양	출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
특정위궤양	출혈이 있는 급성 위궤양	K25.0
	천공이 있는 급성 위궤양	K25.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.2
특정 십이지장궤양	출혈이 있는 급성 십이지장궤양	K26.0
	천공이 있는 급성 십이지장궤양	K26.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.2
특정 소화성궤양	출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0
	천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.1
	출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.2
위공장궤양	위공장궤양	K28
특정게실염	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장·대장의 게실병, 게실염	K57.02
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장·대장의 게실병, 게실염	K57.03
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.22
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.23

출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 계실병, 계실염	K57.42
출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 계실병, 계실염	K57.43
출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 계실병, 계실염	K57.82
출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 계실병, 계실염	K57.83

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표37】 외상후스트레스장애 분류표

- ① 약관에 규정하는 외상후스트레스장애로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
외상후스트레스장애	F43.1

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표38】 위·십이지장 양성신생물(폴립포함) 분류표

- ① 약관에 규정하는 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 위의 양성신생물	D13.1
2. 십이지장의 양성신생물	D13.2
3. 위 및 십이지장의 폴립	K31.7

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표39】 대장 양성신생물(폴립포함) 분류표

① 약관에 규정하는 대장 양성신생물(폴립포함)로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 맹장의 양성신생물	D12.0
2. 충수의 양성신생물	D12.1
3. 상행결장의 양성신생물	D12.2
4. 횡행결장의 양성신생물	D12.3
5. 하행결장의 양성신생물	D12.4
6. 구불결장의 양성신생물	D12.5
7. 상세불명의 양성신생물	D12.6
8. 직장구불결장의 양성신생물	D12.7
9. 직장의 양성신생물	D12.8
10. 직장폴립	K62.1
11. 결장의 폴립	K63.5

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40】 이상지질혈증 분류표

① 약관에 규정하는 이상지질혈증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41】 이차성고혈압 분류표

① 약관에 규정하는 이차성고혈압으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 이차성고혈압	I15

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표42】 본태성(원발성)고혈압 분류표

① 약관에 규정하는 본태성(원발성)고혈압으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 본태성(원발성)고혈압	I10

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에

부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표43】 3대질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 3대질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호	
1. 악성신생물(암)	1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
	2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
	3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물(암)	C30~C39
	4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
	5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
	6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
	7. 유방의 악성신생물(암)	C50
	8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
	9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
	10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
	11. 눈, 뇌 및 중추신경계의 기타 부위의 악성신생물(암)	C69~C72
	12. 갑상선 및 기타 내분비샘의 악성신생물(암)	C73~C75
	13. 불명확한, 이차성 및 상세불명부위의 악성신생물(암)	C76~C80
	14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
	15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
	16. 진성 적혈구 증가증	D45
	17. 골수 형성이상 증후군	D46
	18. 만성 골수증식성 질환	D47.1
	19. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
	20. 골수섬유증	D47.4
	21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

대상질병	분류번호	
2. 상피내의 신생물	1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
	2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
	3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
	4. 상피내의 흑색종	D03
	5. 피부의 상피내 암종	D04

	6. 유방의 상피내 암종 7. 자궁목의 상피내 암종 8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종 9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D05 D06 D07 D09
3. 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양 10. 단클론성 감마병증 11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물 13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37 D38 D39 D40 D41 D42 D43 D44 D47.0 D47.2 D47.7 D47.9 D48
4. 뇌혈관질환	1. 거미막밑 출혈 2. 뇌내출혈 3. 기타 비외상성 머리내 출혈 4. 뇌경색증 5. 출혈 및 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중 6. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 7. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착 8. 기타 뇌혈관질환 9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애 10. 뇌혈관질환의 후유증	I60 I61 I62 I63 I64 I65 I66 I67 I68 I69
5. 허혈성심장질환	1. 협심증 2. 급성심근경색증 3. 후속 급성심근경색증 4. 급성심근경색증후 특정 현재 합병증 5. 기타 급성 허혈성심장질환 6. 만성 허혈성심장병	I20 I21 I22 I23 I24 I25

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표44】 손가락, 발가락 절단 수술분류표

수술종류

근골의 수술(筋骨의手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]

1. 손가락, 발가락 절단술

【 비 고 】

- 치료를 직접목적으로 한 수술
미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단 검사 [생검, 복강경 검사(生檢, 腹腔鏡檢査)등] 를 위한 수술 등은 “치료를 직접적인 목적으로 한 수술”에 해당 되지 않습니다.

【별표45】 수족골절 분류표

- ① 약관에서 규정하는 수족골절로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 수족골절 해당여부를 판단합니다.

분류항목	분류번호
1. 어깨 및 위팔의 골절	S42
2. 아래팔의 골절	S52
3. 손목 및 손부위의 골절	S62
4. 대퇴골의 골절	S72
5. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
6. 발목을 제외한 발의 골절	S92
7. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
8. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 수족골절 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표46】 다진단골절(치아파절제외) 분류표

- ① 약관에서 규정하는 다진단골절(치아파절제외)로 분류되는 상병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청

고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 다진단골절(치아파절제외) 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 상병	분류번호
두개원개의 골절	S02.0
두개저의 골절	S02.1
비골의 골절	S02.2
안와 바닥의 골절	S02.3
광대뼈 및 상악골의 골절	S02.4
하악골의 골절	S02.6
두개골 및 안면골을 침범하는 다발 골절	S02.7
기타 두개골 및 안면골의 골절	S02.8
두개골 및 안면골의 상세불명 부분의 골절	S02.9
얼굴의 으깬 손상	S07.0
두개골의 으깬 손상	S07.1
머리의 기타 부분의 으깬 손상	S07.8
머리의 상세불명 부분의 으깬 손상	S07.9
머리의 상세불명의 손상	S09.9
제1경추의 골절	S12.0
제2경추의 골절	S12.1
기타 명시된 경추의 골절	S12.2
경추의 다발 골절	S12.7
목의 기타부분의 골절	S12.8
목의 상세불명 부분의 골절	S12.9
흉추의 골절	S22.0
흉추의 다발 골절	S22.1
흉골의 골절	S22.2
늑골 골절	S22.3
늑골의 다발 골절	S22.4
동요가슴	S22.5
골성흉곽의 기타부분의 골절	S22.8
골성흉곽의 상세불명 부분의 골절	S22.9
요추의 골절	S32.0
천골의 골절	S32.1
미추의 골절	S32.2
장골의 골절	S32.3
절구의 골절	S32.4
치골의 골절	S32.5
요추 및 골반의 다발 골절	S32.7
요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S32.8
쇄골의 골절	S42.0
견갑골의 골절	S42.1
상완골 상단의 골절	S42.2
상완골 몸통의 골절	S42.3

상완골 하단의 골절	S42.4
쇄골, 견갑골 및 상완골의 다발 골절	S42.7
어깨 및 위 팔의 기타부분의 골절	S42.8
견갑대의 상세불명 부분의 골절	S42.9
척골 상단의 골절	S52.0
요골 상단의 골절	S52.1
척골 몸통의 골절	S52.2
요골 몸통의 골절	S52.3
척골과 요골 모두의 몸통 골절	S52.4
요골 하단의 골절	S52.5
척골과 요골 모두의 하단 골절	S52.6
아래 팔의 다발 골절	S52.7
아래 팔의 기타 부분의 골절	S52.8
아래 팔의 상세불명 부분의 골절	S52.9
손 주상골의 골절	S62.0
기타 수근골의 골절	S62.1
제1중수골의 골절	S62.2
기타 중수골 골절	S62.3
중수골의 다발 골절	S62.4
엄지손가락의 골절	S62.5
기타손가락의 골절	S62.6
손가락의 다발 골절	S62.7
손목 및 손의 기타 및 상세불명 부분의 골절	S62.8
대퇴골 경부의 골절	S72.0
대퇴골 전자부 골절	S72.1
전자하 골절	S72.2
대퇴골 몸통의 골절	S72.3
대퇴골 하단의 골절	S72.4
대퇴골의 다발 골절	S72.7
대퇴골의 기타 부분의 골절	S72.8
대퇴골의 상세불명 부분의 골절	S72.9
무릎뼈의 골절	S82.0
경골 상단의 골절	S82.1
경골 몸통의 골절	S82.2
경골 하단의 골절	S82.3
비골 만의 골절	S82.4
안쪽 복사의 골절	S82.5
외측 복사의 골절	S82.6
아래 다리의 다발 골절	S82.7
아래 다리의 기타 부분의 골절	S82.8
아래 다리의 상세불명 부분의 골절	S82.9
중골(발뒤꿈치)의 골절	S92.0
거골(발목뼈 중 가장 위쪽 뼈)의 골절	S92.1
기타 족근골(발목뼈)의 골절	S92.2

중족골(발바닥뼈)의 골절	S92.3
엄지발가락(족무지)의 골절	S92.4
기타 발가락의 골절	S92.5
발의 다발골절	S92.7
발의 상세불명 골절	S92.9
목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0
아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	T02.1
한쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.2
한쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.3
양측 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.4
양측 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.5
다리와 함께 팔이 여러 부위를 침범한 골절	T02.6
아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
기타 신체 부위를 복합적으로 침범한 골절	T02.8
상세 불명의 다발성 골절	T02.9
척추의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T08.0
척추의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T08.1
팔의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T10.0
팔의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T10.1
다리의 상세불명 부위의 골절, 폐쇄성	T12.0
다리의 상세불명 부위의 골절, 개방성	T12.1
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 다진단골절(치아파절제외) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표47】 부목치료대상 수가코드 분류표

1. 부목치료(Splint Cast)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부(행위 급여 목록상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(치치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

대상치료	수가코드
1. 부목-장상지[상완으로부터 수부까지]	T6151
2. 부목-단상지[전완으로부터 수부까지]	T6152
3. 부목-장하지[대퇴로부터 족부까지]	T6153
4. 부목-단상지[하퇴로부터 족부까지]	T6154
5. 부목-수지부	T6155

2. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 검사 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 보장하는 검사 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표48】 난임시술(보조생식술) 분류표

구 분	진료행위코드
1. 정자채취 및 처리-정액	R6401
2. 정자채취 및 처리-정액-동일 시술주기내 2회	R6402
3. 정자채취 및 처리-정액-감염환자 정자처리, 역행성사정 정자처리, 정자 운동성 촉진 처리 시행	R6403
4. 정자채취 및 처리-정액-감염환자 정자처리, 역행성사정 정자처리, 정자 운동성 촉진 처리 시행-2회	R6404
5. 정자채취 및 처리-고환조직(양측)-고환조직정자흡인	R6411
6. 정자채취 및 처리-고환조직(양측)-고환조직정자추출	R6412
7. 정자채취 및 처리-고환조직(양측)-미세수술적 부고환정자흡인술	R6413
8. 정자채취 및 처리-고환조직(양측)-현미경하 미세수술적다중고환조직정자추출	R6414
9. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-난자 활성화 시행	R6420
10. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-성숙난자-10개 이하	R6430
11. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-성숙난자-10개 이하-복강경하 난자처리	R6431
12. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-성숙난자-10개 이하-개복의 방법으로 난자처리	R6432
13. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-성숙난자-11개 이상	R6440
14. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-성숙난자-11개 이상-복강경하 난자처리	R6441
15. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-성숙난자-11개 이상-개복의 방법으로 난자처리	R6442
16. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-미성숙난자-10개 이하	R6450
17. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-미성숙난자-10개 이하-복강경하 난자처리	R6451
18. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-미성숙난자-10개 이하-개복의 방법으로 난자처리	R6452
19. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-미성숙난자-11개 이상	R6460
20. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-미성숙난자-11개 이상-복강경하 난자처리	R6461

21. 난자채취 및 처리(양측)(초음파유도로 포함)-미성숙난자-11개 이상-개복의 방법으로 난자처리	R6462
22. 수정 및 확인-일반 체외수정-10개 이하	R6471
23. 수정 및 확인-일반 체외수정-11개 이상	R6472
24. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-고배율 현미경(IMSI) 등 이용-1~5개	R6491
25. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-고배율 현미경(IMSI) 등 이용-6~10개	R6492
26. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-고배율 현미경(IMSI) 등 이용-11개 이상	R6493
27. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-히알루론산 결합 정자 선별 시행-1~5개	R6494
28. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-히알루론산 결합 정자 선별 시행-6~10개	R6495
29. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-히알루론산 결합 정자 선별 시행-11개 이상	R6496
30. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-1~5개	R6481
31. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-6~10개	R6482
32. 수정 및 확인-세포질내 정자 주입술-11개 이상	R6483
33. 해동-정자	R6501
34. 해동-기타(배아, 난자, 난소조직, 고환조직)	R6502
35. 배아 배양 및 관찰-배아 활성화 시술시 1회 산정	R6510
36. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 1~2일 배양-10개 이하	R6511
37. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 1~2일 배양-10개 이하-지속적 관찰	R6512
38. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 1~2일 배양-11개 이상	R6513
39. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 1~2일 배양-11개 이상-지속적 관찰	R6514
40. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 3일이상 배양-10개 이하	R6521
41. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 3일이상 배양-10개 이하-지속적 관찰	R6522
42. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 3일이상 배양-11개 이상	R6523
43. 배아 배양 및 관찰-수정 확인 후 3일이상 배양-11개 이상-지속적 관찰	R6524
44. 배아 이식(초음파유도로 포함)-배아이식 전 보조부화술 실시	R6532
45. 배아 이식(초음파유도로 포함)-배아 선별 후 추가배양 실시	R6533
46. 배아 이식(초음파유도로 포함)-자궁경관을 통한 이식	R6530
47. 배아 이식(초음파유도로 포함)-자궁경관을 통한 이식-배아이식용 카테터 2개 이상 사용	R6531
48. 배아 이식(초음파유도로 포함)-자궁경관을 통한 이식-난관내 이식(접합자, 생식세포 포함)	R6540
49. 배아 이식(초음파유도로 포함)-자궁경관을 통한 이식-경자궁근층 이식	R6550
50. 자궁강내 정자주입술(초음파유도로 포함)	R6560

【별표49】 특정상해성뇌손상 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정상해성뇌손상으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 미만성 뇌손상	S06.2
2. 초점성 뇌손상	S06.3
3. 경막외출혈	S06.4
4. 외상성 경막하출혈	S06.5
5. 외상성 거미막하출혈	S06.6
6. 지속적 혼수를 동반한 두개내손상	S06.7
7. 기타 두개내손상	S06.8
8. 상세불명의 두개내손상	S06.9

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표50】 유산 분류표

- ① 약관에 규정하는 유산으로 분류되는 질병은 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보상하는 대상질병 해당여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 자궁외 임신	O00
2. 포상기태	O01
3. 기타 비정상적 수태부산물	O02
4. 자연유산	O03
5. 의학적 유산	O04
6. 기타유산	O05
7. 상세불명의 유산	O06

8. 시도된 유산의 실패	O07
9. 유산, 자궁 외 임신 및 기태임신에 따른 합병증	O08

주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 상기 분류표의 분류번호와 연관성이 있어 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상 분류에 포함합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

Chubb. Insured.SM