무배당 집중보장의료비특약(갱신형) 약관

무배당 집중보장의료비특약(갱신형) 약관 목차

<<가입자 유의사항>> 3
<<주요내용 요약서>> 5
<<보험용어 해설>> 7
제 1 관 보험계약의 성립과 유지 8
제 1 조【특약의 체결 및 소멸】 8
제 2 조【특약내용의 변경】 8
제 3 조【계약자의 임의해지】 8
제 4 조【특약의 보험기간】 8
제 5 조【특약의 갱신】 8
제 2 관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무) 9
제 6 조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】 9
제 7 조【보험료 납입연체시 특약의 해지】 9
제 8 조【보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】 9
제 3 관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무) 10
제 9 조【"제 1 형 성인주요질환"의 정의 및 진단확정】 10
제 10 조【"제 2 형 성인주요질환"의 정의 및 진단확정】 10
제 11 조【"제 3 형 성인주요질환"의 정의 및 진단확정】 10
제 12 조【"수술"의 정의와 장소】 10
제 13 조【"입원"의 정의와 장소】 10
제 14 조【보험금의 종류 및 지급사유】 11
제 15 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 11
제 16 조【해지환급금】 13
제 4 관 보험금 지급 등의 절차 13
제 17 조【보험금 등 청구시 구비서류】 13
제 18 조【보험금 등의 지급】 13
제 5 관 기타사항 등 14
(별표 1) 보험금 지급기준표 15
(별표 2) 보험금 지급시의 적립이율 계산 16
(별표 3) 재해분류표 18
(별표 4) 제 1 형 성인주요질환 분류표 19
(별표 5) 제 2 형 성인주요질환 분류표 20
(별표 6) 제 3 형 성인주요질환 분류표 21
(별표 7) 1~5 종 수술분류표 23
(별표 8) 질병 및 재해분류표 29

<<가입자 유의사항>>

<< 가입자 유의사항 >>

□ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 **보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.**
- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 **보험설계사에게 구두로 알린 경우**는 보험회사에 알리지 **않은 것으로 간주**되므로, 반드시 **청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.**
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 **특히 신중하여야 합니다.**

○ 갱신/부활

- 갱신계약의 **보험가입금액**은 **갱신전과 동일**하게 적용됩니다.
- 납입최고(독촉)기간내 갱신전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 갱신되지 않습니다.
- 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험료율을 적용하여 재계산합니다.
- 갱신시의 보험료는 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 보험계약을 중도 해지시 **해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다. 그 이유는** 납입한 보험료중 **위험보장을 위한** 보험료 및 계약체결비용과 계약관리비용을 차감한 후 **운용·적립**되고, 해지시에는 적립금에서 이미 지출한 계약체결비용을 차감하는 경우가 있기 때문입니다.

□ 보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

○ 두 가지 이상의 병명으로 입원하였을 경우 **주된 치료 내용을 기준으로 입원일수에 따른 입원비를 지급**하며 피보험자(보험대상자)가 **입원기간 중 보험기간이 만료된 경우에도** 그 계속중인 입원기간에 대하여는 **120일 한도(단, 성인주요질환간병급여금은 90일한도, 집중치료실 입원급여금은 60일 한도)까지만 보장**합니다.

○ 무배당 집중보장의료비특약에 있어서 “집중치료실”(ICU, 중환자실 또는 집중강화치료실) 이라 함은 의료법 및 동법시행규칙에 따른 **중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실**을 말합니다.

○ 무배당 집중보장의료비특약에 있어서 질병 및 재해수술급여금은 **별표 <1~5종 수술분류표>에서 정한 수술의 종류만을 보장**하므로 반드시 분류표를 참조하시기 바랍니다.

○질병 및 재해 수술급여금 또는 성인주요질환 수술급여금의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 신체부위에 있어 **동시에 2종류 이상의 수술을 받은 경우**에는 그 수술 중 **가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급**합니다.

○ **티눈제거술, 발정술(골절수술 후 고정물 제거수술), 치과처치에 수반된 수술, 손가락 수술, 발가락 수술, 미용성형수술, 피임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술**(생검, 복강경검사 등)은 수술급여금을 **보장하지 않습니다.**

○ **자궁경관 폴립**(자궁경관의 점막에 생기는 양성종양)**절제술, 임신중절술, 단순 봉합술, 석고고정술, 도수정복술, 부목고정술** 등은 **수술비 지급대상에 해당되지 아니합니다.**

○ 별표 **<1~5종 수술분류표>**에서 악성신생물(암) 치료목적의 수술 중 **카테터를 이용한 흡인(주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(바늘 또는 관을 꽂아 체액· 조직을 뽑아 내거나 약물을 주입하는 것)는 포함하지 아니하며 제자리암(상피내암), 경계성종양에 대한 수술**은 악성신생물(암)이 아닌 **일반질병 치료목적의 수술항목의 적용**을 받습니다.

○ 별표 **<1~5종 수술분류표>**에서 **악성신생물(암) 이나 두개내 신생물 근치 방사선 조사,** 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(피부를 통한) 수술은 시술개시일로부터 **60일간에 1회의 급여를 지급한도**로 하며 수술분류표 1~87항의 수술 중 **내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(Percutaneous, 피부를 통한) 수술**은 **88항을 적용**합니다.

○ 무배당 집중보장의료비특약에 있어 **청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 이 특약에서 정하는 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니하며**, 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다. 다만, 보험계약 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 보험계약 청약일 이후 **5년이 지나**는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 **추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우**에는 약관이 정한 바에 따라 보장하여 드립니다.

<<주요내용 요약서>>

<< 주요내용 요약서>>

1. 자필서명
보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약전 알릴 의무
보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.
만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

3. 계약의 무효
다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 특약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

4. 청약철회
보험계약자는 청약한 날부터 15 일 이내에 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 일이내에 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 진단계약 또는 단체(취급)계약의 경우에는 그러하지 아니하며, 전화. 우편. 컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

5. 계약취소
청약시 약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약체결시 보험계약자가 청약서에 자필서명(전자서명 포함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기

간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

7. 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 2년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

<<보험용어 해설>>

<< 보험용어 해설>>

○ 보험약관 : 생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권(보험가입증서) : 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자(보험대상자) : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 보험수익자(보험금을 받는 자) : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ 보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

○ 보험금 : 피보험자(보험대상자)의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액

○ 보험기간 : 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일 : 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험가입금액: 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금 : 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금 : 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 집중보장의료비특약(갱신형) 약관

제1관 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항의 규정에 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

1. **주계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우. 다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 아니합니다.**
2. **피보험자(보험대상자)가 사망하여 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드립니다.**

④ 제3항의 사망에는 보험기간 중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해(별표3 “재해분류표” 참조, 이하 “재해”라 합니다)로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제2조【특약내용의 변경】

① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제16조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 제2항에 의하여 보험가입금액 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제3조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제16조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제5조【특약의 갱신】

① 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제1항에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보

험기간 만료일 15 일전까지 특약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지하지 아니하고, 보험료 납입기일(갱신전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다)까지 갱신계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 특약은 갱신 되는 것으로 합니다.
② 보험기간 중 보험료의 납입면제가 경우에도 제 1 항에 따라 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하여야 갱신 되는 것으로 합니다. 다만, 이 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.
③ 제 1 항 및 제 2 항의 규정에도 불구하고 피보험자(보험대상자)가 주계약에서 정한 갱신가능 나이를 초과하는 경우에는 이 특약은 갱신 되지 아니합니다.
④ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 갱신된 특약에 대해서 갱신전 특약의 약관을 준용합니다. 다만, 갱신 전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 의하여 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 준용합니다.
⑤ 갱신계약의 효력에 관하여는 관하여는 제 6 조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제 2 항에도 불구하고 갱신전 특약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일” 이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
⑥ 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험료율을 적용하여 재계산합니다.
⑦ 제6항의 보험료율은 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑧ 회사는 다음 각호에 해당하는 경우 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간 만료일 30 일전까지 서면으로 안내하여 드립니다.

1. 제 3 항에 따라 갱신이 제한된 경우 그 제한 사유
2. 제 4 항에 따라 약관이 변경되는 경우 그 변경된 내용
3. 제 6 항 및 제 7 항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제6조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시일】
① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 의하여 이 특약을 체결할 경우 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입을 완료하였을 때에는 특약의 보험료를 일시에 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간중일 때에는 회사에서 정한 별도의 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 다음 차회 이후의 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.
② 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

제7조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 그러하지 아니합니다.
② 제1항에 따라 이 특약이 해지되는 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해지환급금을 지급합니다.

제8조【보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의

부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복)청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제6조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제2항의 규정을 준용합니다.

제3관 보험금 등의 지급(회사의 주된 의무)

제9조【 "제1형 성인주요질환" 의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "제1형 성인주요질환"이라 함은 한국표준질병 사인분류의 기본분류에 있어서 별표4("제1형 성인주요질환 분류표" 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 제1형 성인주요질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제10조【"제2형 성인주요질환"의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "제2형 성인주요질환"이라 함은 한국표준질병 사인분류의 기본분류에 있어서 별표5("제2형 성인주요질환 분류표" 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 제2형 성인주요질환의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제11조【"제3형 성인주요질환"의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 "제3형 성인주요질환"이라 함은 한국표준질병 사인분류의 기본분류에 있어서 별표6("제3형 성인주요질환 분류표" 참조)에서 정하는 질병을 말합니다.
② 제3형 성인주요질환의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의합니다.

제12조【"수술"의 정의와 장소】
① 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 질병 및 재해 수술급여금의 경우 "수술"이라 함은 의사가 질병 및 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5 종 수술분류표>(별표 7 참조)에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외]를 하는 것을 말합니다.
② 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제2호의 성인주요질환 수술급여금의 경우 "수술"이라 함은 의사가 제9조 내지 제11조에 해당하는 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

제13조【 "입원" 의 정의와 장소】
① 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사에 의하여 별표8(질병 및 재해분류표)에서 정하는 질병 및 재해(이하 "질병 및 재해"라 합니다) 또는 제9조 내지 제11조에서 정한 성인주요질환으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
② 이 특약에 있어서 "집중치료실"(Intensive Care Unit, 중환자실 또는 집중강화치료실)이라 함은 의료법 제36조(준수사항) 제1호 및 동법시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및

규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다.

제14조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 “질병 및 재해”로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때
   : 해당 질병 및 재해 수술급여금 지급 (수술 1회당)
2. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제1형 내지 제3형 성인주요질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때
   : 해당 성인주요질환 수술급여금 지급 (수술 1회당)
3. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
   : 해당 질병 및 재해 입원급여금 지급(단, 입원급여금의 지급은 1회 입원당 120일한도내에서 지급)
4. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제1형 내지 제3형 성인주요질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때
   : 해당 성인주요질환 입원급여금 지급(단, 입원급여금의 지급은 1회 입원당 120일한도내에서 지급)
5. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 제1형 내지 제3형 성인주요질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 31일 이상 계속하여 입원하였을 때
   : 해당 성인주요질환 간병급여금 지급 (단, 성인주요질환 간병급여금의 지급은 1회 입원당 90일 한도내에서 지급)
6. 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 1일 이상 계속하여 제13조(“입원”의 정의 및 장소) 제2항에서 정한 집중치료실에 입원하였을 때
   : 집중치료실 입원급여금 지급(단, 집중치료실 입원급여금의 지급은 1회 입원당 60일 한도내에서 지급)

제15조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 질병 및 재해 수술급여금 또는 제2호 성인주요질환 수술급여금의 경우 회사는 피보험자(보험대상자)가 동시에 2종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 지급합니다.

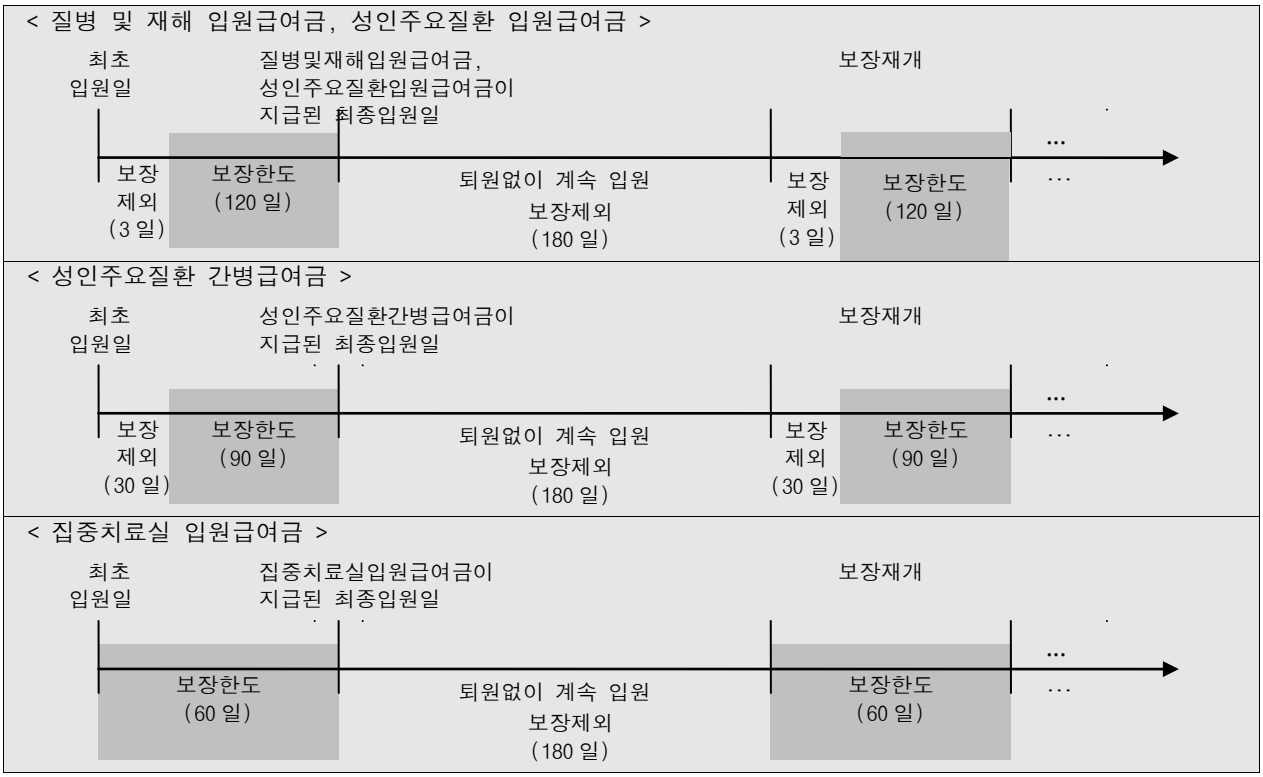
③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기 · 복부장기 · 비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌 · 우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

④ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 질병 및 재해 수술급여금의 경우 제2호 성인주요질환 수술급여금의 지급사유와 중복될 때에는 해당 수술급여금을 각각 지급합니다.

⑤ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호의 질병 및 재해입원급여금의 경우 제4호 성인주요질환 입원급여금 및 제5호 성인주요질환 간병급여금, 제6호 집중치료실 입원급여금의 지급사유와 중복될 때에는 해당 질병 및 재해입원급여금, 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금을 각각 지급합니다.

⑥ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 및 제4호의 경우 1회 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하고, 제5호의 경우 1회 성인주요질환 간병급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고 한도로 하며, 제6호의 경우 1회 집중치료실 입원급여금의 지급

일수는 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.
⑦ 제6항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 치료를 직접적인 목적으로 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제6호의 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 합산하여 제6항의 규정을 적용합니다.
⑧ 제7항에도 불구하고 동일한 질병 또는 재해로 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제6호의 입원을 하더라도 질병 및 재해입원급여금, 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병 및 재해 입원급여금, 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 질병 및 재해 입원급여금, 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑨ 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제6호의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간 중에 보험기간이 만료된 경우에는 보험기간 만료 후의 계속 중인 입원에 대하여도 보험기간 중의 입원으로 보고 제6항의 규정에 따라 계속하여 질병 및 재해 입원급여금, 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금을 지급하여 드립니다.
⑩ 최초계약의 경우 보험계약일부터 만1년 경과된 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)의 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급하여 드립니다. 다만, 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 내지 제6호의 경우 재해 이외의 원인으로 최초 입원일이 계약일부터 만1년이 경과된 전일 이전에 발생한 때에는 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여 입원일수 1일당 질병 및 재해 입원급여금, 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 질병 및 재해 입원급여금, 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금의 100%를 지급하여 드립니다.
⑪ 제10항에도 불구하고 갱신계약의 경우 감액없이 해당 보험금을 지급합니다.
⑫ 특약이 유효한 기간 중에 피보험자(보험대상자)에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일부터 2년이내에 그 재해로 인하여 제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호 또는 제6호의 지급사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

⑬ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금, 성인주요질환 간병급여금 또는 집중치료실 입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
⑭ 이 특약에 있어서 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제14조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑮ 제14항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
⑯ 제15항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 제7조(보험료 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑰ 제8조(보험료 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제15항 내지 제16항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조【해지환급금】
① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관 보험금 지급 등의 절차

제17조【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 책임준비금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 수술증명서, 입원치료확인서(집중치료실 입원급여금을 청구할 경우에는 집중치료실 입원기간을 확인할 수 있는 내용을 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제18조【보험금 등의 지급】
① 회사는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금, 책임준비금 또는 해지환급금을 지급합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금 지급시의 적립이율 계산)와 같습니다.
③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제17조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날로부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기

2. 분쟁조정신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

④ 제3항에 의하여 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

【영업일】
"토요일", "일요일", "관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일" 및 "근로자의 날"을 제외한 날을 의미합니다.

제5관 기타사항 등

제19조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준 : 특약보험가입금액 5,000만원]

급부명	지급사유	지급금액
질병 및 재해 수술급여금	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병 및 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술1회당)	* 1종수술 : 10만원 * 2종수술 : 20만원 * 3종수술 : 50만원 * 4종수술 : 200만원 * 5종수술 : 600만원 (단, 보험계약일부터 1년 경과된 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유(단, 재해는 제외)가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
성인주요질환 수술급여금	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1형 내지 제3형 성인주요질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술1회당)	* 1형 : 300만원 * 2형 : 200만원 * 3형 : 100만원 (단, 보험계약일부터 1년 경과된 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
성인주요질환 입원급여금	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1형 내지 제3형 성인주요질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (단, 1회 입원당 120일 한도)	3일초과 1일당 아래금액을 지급 * 1형 : 6만원 * 2형 : 3만원 * 3형 : 1만원 (단, 보험계약일부터 1년 경과된 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
질병 및 재해 입원급여금	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병 및 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일이상 계속하여 입원하였을 때(단, 1회입원당 120일 한도)	3일초과 1일당 2만원 (단, 보험계약일부터 1년 경과된 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유(단, 재해는 제외)가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
성인주요질환 간병급여금	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제1형 내지 제3형 성인주요질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 31일 이상 계속하여 입원하였을 때 (단, 1회 입원당 90일 한도)	30일초과 1일당 아래금액을 지급 * 1형 : 3만원 * 2형 : 2만원 * 3형 : 1만원 (단, 보험계약일부터 1년 경과된 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
집중치료실 입원급여금	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 질병 및 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속하여 집중치료실에 입원하였을 때 (단, 1회 입원당 60일 한도)	입원일수 1일당 8만원 (단, 보험계약일부터 1년 경과된 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유(단, 재해는 제외)가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)

주)

1. 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우에는 책임준비금을 지급하고 이 계약은 소멸됩니다
2. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.
3. 갱신계약의 경우 지급사유 발생시 감액없이 보험금을 지급합니다.
4. 질병및재해 수술급여금의 경우 성인주요질환 수술급여금의 지급사유와 중복될 때에는 해당 수술급여금을 각각 지급합니다.
5. 질병 및 재해입원급여금의 경우 성인주요질환 입원급여금 및 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금의 지급사유와 중복될 때에는 해당 질병 및 재해입원급여금, 성인주요질환 입원급여금, 성인주요질환 간병급여금, 집중치료실 입원급여금을 각각 지급합니다.
6. 제1형 성인주요질환: 한국표준질병사인분류상 급성 류마티스 열(I00~I02), 만성 류마티스 심장 질환(I05~I09), 허혈성 심장 질환(I20~I25), 폐성 심장병 및 폐순환의 질환(I26~I28), 기타 형태의 심장병(I30~I52), 뇌혈관 질환(I60~I69)
7. 제2형 성인주요질환: 한국표준질병사인분류상 갑상선의 장애(E00~E07), 신부전(N17~N19), 담석증/담낭염(K80~K81)
8. 제3형 성인주요질환: 한국표준질병사인분류상 당뇨병(E10~E14), 만성 하기도 질환(J43~J47, 단, 기관지염(J40~J42)은 제외), 녹내장(H40,H42), 백내장(H25~H26), 뼈밀도 및 구조 장애(M80~M82,M84), 뼈의 파젯병(M88) 및 기타 비대성 골관절병증(M89.4), 고혈압질환(I10~I13,I15), 관절병증(M00~M03,M05~M25), 전신 결합조직 장애(M32~M34), 위궤양/십이지장궤양/상세불명부위의 소화성궤양(K25~K27), 바이러스 간염(B15~B19), 간의 질환(K70~K77), 남성 비뇨생식계통의 질환(N00~N08, N10~N16, N20~N23, N25~N42), 여성 비뇨생식계통의 질환(N60~N64, N70~N77, N80~N94, N99)

(별표2) 보험금 지급시의 적립이율 계산

보험금 지급시의 적립이율 계산

구분	적립기간	지급이자
질병및재해 수술급여금 (제 14 조 1 항) 성인주요질환 수술급여금 (제 14 조 2 항) 질병및재해 입원급여금 (제 14 조 3 항) 성인주요질환 입원급여금 (제 14 조 4 항) 성인주요질환 간병급여금 (제 14 조 5 항) 집중치료실 입원급여금 (제 14 조 6 항)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제16조 1항)	해지환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해지환급금 청구일까지의 기간	1년이내: 표준이율의 50% 1년초과기간: 1%
	해지환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	표준이율+1%
	지급기일의 다음날부터 해지환급금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

(별표3) 재해분류표

재 해 분 류 표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과로 및 격심한 또는 반복적인 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)

③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보상)

④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병사인분류상의(U00~U99)에 해당하는 질병

※ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

(별표4) 제1형 성인주요질환 분류표

제1형 성인주요질환 분류표

약관에서 규정하는 “제 1 형 성인주요질환”은 제 6 차 개정
한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2010-246 호, 2011.1.1 시행) 에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 심장침범이 없는 류마티스열	I00
2. 심장침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스 무도병	I02
4. 류마티스 승모판질환	I05
5. 류마티스 대동맥판질환	I06
6. 류마티스 삼첨판 질환	I07
7. 다발성 판막질환	I08
8. 기타 류마티스 심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성심근경색증	I21
11. 이차성 심근경색증	I22
12. 급성심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈성 심장질환	I24
14. 만성 허혈성 심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 기타 폐혈관 질환	I28
18. 급성 심낭염	I30
19. 기타 심낭의 질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심낭염	I32
21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 비류마티스성 승모판 장애	I34
23. 비류마티스성 대동맥판 장애	I35
24. 비류마티스성 삼첨판 장애	I36
25. 폐동맥판 장애	I37
26. 상세불명 판막의 심내막염	I38
27. 달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막장애	I39
28. 급성 심근염	I40
29. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
30. 심근병증	I42
31. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
32. 방실 차단 및 좌각 차단	I44
33. 기타 전도 장애	I45
34. 심장정지	I46
35. 발작성 빈맥	I47
36. 심방 세동 및 조동	I48
37. 기타 심장부정맥	I49
38. 심부전	I50
39. 심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
40. 달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애	I52
41. 지주막하 출혈	I60
42. 뇌내출혈	I61
43. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
44. 뇌경색증	I63
45. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
46. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
47. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
48. 기타 뇌혈관 질환	I67
49. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
50. 뇌혈관질환의 후유증	I69

(주) 제 7 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표5) 제2형 성인주요질환 분류표

제2형 성인주요질환 분류표

약관에서 규정하는 “제2형 성인주요질환”은 제 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 선천성 요오드결핍 증후군	E00
2. 요오드결핍과 관련된 갑상선 장애 및 동류의 병태	E01
3. 준임상적인 요오드결핍 갑상선 기능 저하증	E02
4. 기타 갑상선기능 저하증	E03
5. 기타 비독성 고이터	E04
6. 갑상선중독증(갑상선기능항진증)	E05
7. 갑상선염	E06
8. 갑상선의 기타장애	E07
9. 급성 신부전	N17
10. 만성 신장질환	N18
11. 상세불명의 신부전	N19
12. 담석증	K80
13. 담낭염	K81

(주) 제 7 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표6) 제3형 성인주요질환 분류표

제3형 성인주요질환 분류표

약관에서 규정하는 “제 3 형 성인주요질환”은 제 6 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2010-246 호, 2011.1.1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

- 피보험자(보험대상자)가 남성인 경우

분 류 항 목	분류번호
1. 인슐린의존 당뇨병	E10
2. 인슐린-비의존 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14
6. 폐기종	J43
7. 기타 만성 폐색성 폐질환	J44
8. 천식	J45
9. 천식 지속상태	J46
10. 기관지확장증	J47
11. 녹내장	H40
12. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
13. 노년성 백내장	H25
14. 기타 백내장	H26
15. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80
16. 병적골절이 없는 골다공증	M81
17. 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
18. 골연속성의 장애	M84
19. 뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
20. 기타 비대성 골관절병증	M89.4
21. 본태성(일차성)고혈압	I10
22. 고혈압성 심장병	I11
23. 고혈압성 신장질환	I12
24. 고혈압성 심장 및 신장질환	I13
25. 이차성 고혈압	I15
26. 감염성 관절병증	M00-M03
27. 염증성 다발관절병증	M05-M14
28. 관절증	M15-M19
29. 기타 관절 장애	M20-M25
30. 전신성 홍반루푸스	M32
31. 피부 다발근육염	M33
32. 전신 경화증	M34
33. 위궤양	K25
34. 십이지장궤양	K26
35. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
36. 급성 A 형간염	B15
37. 급성 B 형간염	B16
38. 기타 급성 바이러스간염	B17
39. 만성 바이러스간염	B18
40. 상세불명의 바이러스간염	B19
41. 간의 질환	K70-K77
42. 사구체 질환	N00-N08
43. 세뇨관-간질 질환	N10-N16
44. 요로결석증	N20-N23
45. 신장 및 요관의 기타장애	N25-N29
46. 비뇨계통의 기타 질환	N30-N39
47. 전립선의 증식증 및 염증성 질환	N40-N41
48. 전립선의 기타 장애	N42

(주) 제 7 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

- 피보험자(보험대상자)가 여성인 경우

약관에서 규정하는 “제 3 형 성인주요질환”은 제 6 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2010-246 호, 2011.1.1 시행)에 의거 다음으로 분류된 질병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 인슐린의존 당뇨병	E10
2. 인슐린-비의존 당뇨병	E11
3. 영양실조-관련 당뇨병	E12
4. 기타 명시된 당뇨병	E13
5. 상세불명의 당뇨병	E14
6. 폐기종	J43
7. 기타 만성 폐색성 폐질환	J44
8. 천식	J45
9. 천식 지속상태	J46
10. 기관지확장증	J47
11. 녹내장	H40
12. 달리 분류된 질환에서의 녹내장	H42
13. 노년성 백내장	H25
14. 기타 백내장	H26
15. 병적 골절을 동반한 골다공증	M80
16. 병적골절이 없는 골다공증	M81
17. 달리 분류된 질환에서의 골다공증	M82
18. 골연속성의 장애	M84
19. 뼈의 파젯병[변형성 골염]	M88
20. 기타 비대성 골관절병증	M89.4
21. 본태성(일차성)고혈압	I10
22. 고혈압성 심장병	I11
23. 고혈압성 신장질환	I12
24. 고혈압성 심장 및 신장질환	I13
25. 이차성 고혈압	I15
26. 감염성 관절병증	M00-M03
27. 염증성 다발관절병증	M05-M14
28. 관절증	M15-M19
29. 기타 관절 장애	M20-M25
30. 전신성 홍반루푸스	M32
31. 피부 다발근육염	M33
32. 전신 경화증	M34
33. 위궤양	K25
34. 십이지장궤양	K26
35. 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27
36. 급성 A 형간염	B15
37. 급성 B 형간염	B16
38. 기타 급성바이러스간염	B17
39. 만성 바이러스간염	B18
40. 상세불명의 바이러스간염	B19
41. 간의 질환	K70-K77
42. 유방의 장애	N60-N64
43. 여성 골반내 기관의 염증성 질환	N70-N77
44. 여성 생식관의 비염증성 장애	N80-N94
45. 비뇨생식계통의 기타장애	N99

(주) 제 7 차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표7) 1~5종 수술분류표

1~5 종 수술분류표

<수술 분류표>

Ⅰ. 일반질병 및 재해 치료 목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎠이상인 경우), 피판수술(피판분리수술,Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎠미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy 는 60 일에 1 회를 한도로 함]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함] [치(齒)·치은·치근(齒根)·치조골(齒槽骨)의 처치, 임플란트(Implant) 등 치과처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨 코뼈)·비중격(鼻中隔)·상악골(上顎骨 위턱뼈)·하악골(下顎骨 아래턱뼈)·악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨 코뼈) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술, 도수정복술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨 위턱뼈), 하악골(下顎骨 아래턱뼈), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨 어깨뼈), 늑골(肋骨 갈비뼈), 흉골(胸骨 복장뼈) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함) 11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것] 11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	 1 3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨 팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술 13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술 13-2. 기타 사지골(四肢骨 팔다리뼈), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	 1 2
	14. 근(筋), 건(腱 힘줄), 인대(靭帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술 [개흉술을 수반하는 것]	4

구분	수술명	수술 종류
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈),폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선(귀밑샘) 절제수술 31-1. 악하선, 설하선 절제수술 31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	3 2 1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(膵臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊 쓸개), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염(맹장염)관련 충수(맹장)주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛 항문탈출증), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

구분	수술명	수술 종류
비뇨기계 · 생식기계의 수술 (인공임신중절수술은 제외함)	45. 신장(腎臟 콩팥), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟 콩팥) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(睾丸), 부고환(副睾丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술(60 일에 1 회 한도)	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈(膣脫)근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	2
	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充塡術)	3
	76. 안와내종양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2

구분	수술명	수술 종류
청각기(聽覺器)의 수술	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳 가운데귀) 관혈수술 [중이(가운데귀)내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이(가운데귀)내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	1
	83. 내이(內耳 속귀) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [시술개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	2
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피(피부를 통한)적 수술 [시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함] 88-1. 뇌, 심장 88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외) 88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	 3 2 1

(주) 상기 1~87 항의 수술중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(經皮的,Percutaneous,피부를 통한)수술은 88 항을 적용합니다.
다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당부위(1~87 항)의 수술로 적용합니다.

Ⅱ. 악성신생물(암) 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물(암)(惡性新生物) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등의 경피적(피부를 통한) 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터 · 고주파 전극 등에 의한 악성신생물(암) 수술 [시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물(암)수술 [시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함]	3

(주) 1. 제자리암 · 경계성 종양에 대한 수술은 'Ⅰ. 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술항목의 적용을 받음
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않음

Ⅲ. 악성신생물(암) 근치 • 두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술 종류
1. 악성신생물(암) 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

(주) 시술 개시일부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 함

(1~5 종 수술분류표 사용 지침)

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5 종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체(生体)에 절단(切断), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴剤) 등의 조치 및 신경(神経) 차단(NERVE BLOCK)은 제외]를 하는 것을 말합니다.

2. '관혈(觀血)' 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.

3. '근본(根本)' 혹은 '근치(根治)' 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.

4. '관혈적 악성신생물(암) 근치수술'이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. <1~5 종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준
<1~5 종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 "수술'의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다
1) <1~5 종 수술분류표> 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법으로 치료한 경우 <1~5 종 수술분류표>상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 선진의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60 일간에 1 회의 급여를 한도로 합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적(피부를 통한) 수술인 경우에는 <1~5 종 수술분류표> 중 '일반질병 및 재해치료 목적의 수술' 88 항 (악성신생물(암)의 경우는 '악성신생물(암) 치료목적의 수술' 2 항)을 우선 적용합니다.

6. '악성 신생물 근치 사이버 나이프(Cyberknife; 선형가속기에서 발생되는 가느다란 방사선 이용) 정위적 방사선 치료' 라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. '두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료'라 함은 정위 좌표계를 이용하여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다
1) 미용 성형상의 수술
2) 피임(避妊) 목적의 수술
3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢查) 등]

(별표8) 질병 및 재해분류표

질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해

다음 각호에 해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병사인분류상의(A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해

다음 각호에 해당하는 경우는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인하여 입원한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인하여 입원한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인하여 입원한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인하여 입원한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인하여 입원한 경우

㈜ ( ) 안은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 질병 및 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 질병 및 재해가 있는 경우에는 그 질병 및 재해도 포함하는 것으로 합니다.