

# 태아/어린이보험 약관

## 1. 상해 후유장애만의 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 보통약관 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에 해당되는 사유가 발생한 때에는, 보통약관 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 보통약관 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 후유장애보험금만을 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 2. 탈구, 신경손상, 압착손상진단위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 【골절,탈구,신경손상,압착손상 분류표】(【별표11】참조)에서 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단확정된 경우 보험가입금액을 매 사고시마다 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다. 동일한 사고를 직접적인 원인으로 복합적인 탈구, 신경손상, 압착손상 진단시에는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 3. 상해 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 상해입원일당으로 지급하여 드립니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일)이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 상해입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는

상해입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

**【용어풀이】**

● 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.

● 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

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

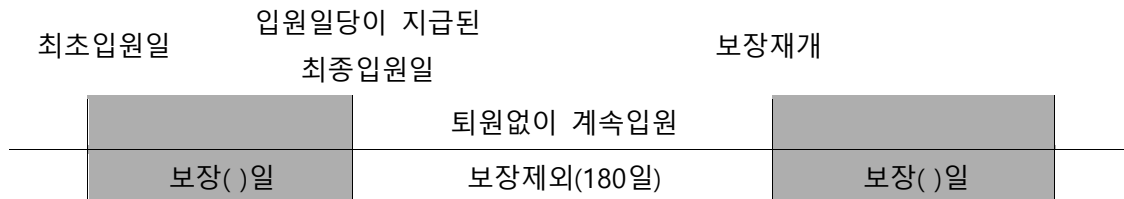
#### 4. 질병입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 ( )일을 최고한도로 합니다.

③ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중

보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 지급하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 성병
3. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

② 회사는 아래의 의료비로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

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

#### 제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 질병치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

#### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 5. 수술비용 위로금 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 **【수술분류표】(【별표15】참조)**에서 정하는 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

#### 제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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(【별표15】【수술분류표】 참조).

**【신의료기술평가위원회】**

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

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 6. 골절발생위로금(II) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【골절분류표 II】(【별표5】참조)에 정한 골절로 진단확정시 보험증권에 기재된 보험가입금액을 골절발생위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시는 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 7. 골절수술위로금 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접적인 결과로써 【골절분류표】(【별표2】참조)에서 정한 골절을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 보험수익자에게 골절수술위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 피보험자가 하나의 사고로 두종류 이상의 수술을 받을 경우에는 하나의 수술로 봅니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 손해에 대하여 보상하여 드리지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

### 제3조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과 의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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.

#### 【신의료기술평가위원회】

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

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 8. 화상발생위로금 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 【화상분류표】(【별표6】참조)에 정한 화상으로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 화상발생위로금으로 지급하여 드립니다. 다만, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에서 화상이라 함은 【화상분류표】(【별표6】참조)에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 9. 화상수술위로금 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인하여 화상으로 진단확정후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때 수술1회당 보험증권에 기재된 일정금액을 위로금으로 지급하여 드립니다. 단, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술위로금만 지급합니다.

#### 【용어의 정의】

1. 화상이라 함은 **【화상분류표】(【별표6】참조)**에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말함.
2. 수술의 정의와 장소 : 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과여사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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.

#### 【신의료기술평가위원회】

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

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

- ① 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함함)
- ② 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 10. 암치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

구 분	암진단보험금
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	보험가입금액의 100%
기타피부암	보험가입금액의 ( 10 )%
갑상선암	보험가입금액의 ( 20 )%
제자리암(상피내암)	보험가입금액의 ( 10 )%
경계성종양	보험가입금액의 ( 20 )%

② 제1항의 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험기간의 첫날부터 그날을 포함하여 ( )일이 지난날의 다음날로 하며, "기타피부암", "갑상선암", "제자리암(상피내암)", "경계성종양"은 보험기간의 첫날부터 합니다. 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재계약을 체결하는 경우 또는 제1항의 내용과 동일한 타계약에 이미 가입된 상태에서 보험기간이 만료되어 이 계약으로 재계약하는 경우에는 적용하지 않습니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정)

① "암"이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표33】【악성신생물(암) 분류표】참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)는 위의 분류에서 제외합니다.

### 【유의사항】

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

- ② "기타피부암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중에서 【악성신생물(암)분류표】(【별표33】【악성신생물(암) 분류표】참조)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ "갑상선암"이라 함은 제1항에서 정한 "암" 중에서 【악성신생물(암)분류표】(【별표33】【악성신생물(암) 분류표】참조)의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ "제자리암(상피내암)"이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는

질병(【별표34】【제자리신생물 분류표】참조)을 말합니다.

⑤ "경계성종양"이라 함은 한국표준질병사인분류표에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표35】【행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표】참조)을 말합니다.

⑥ 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(find needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 일반암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 제3조(계약의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"에 대한 보장개시일 이전에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

## 11. 다발성 소아암진단 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 암에 대한 보장개시일(이하 암 보장개시일이라 합니다)이후에 다발성 소아암으로 진단확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 다발성 소아암 진단급여금으로 피보험자에게 지급하여 드립니다.

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

### 제2조(다발성 소아암의 정의 및 진단확정)

① 이 계약에 있어서 "다발성 소아암"이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 다발성 소아암으로 분류되는 질병(【별표39】【다발성 소아암 분류표】참조)을 말합니다. 다만 전암(前癌)상태(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 다발성 소아암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자의 자녀가 다발성 소아암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

### 제3조(계약의 무효)

보통약관 제20조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 다발성 소아암에 대한 보장개시일 이전에 다발성 소아암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 12. 뇌혈관질환진단 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간중 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우 최초1회의 진단에 한하여 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 뇌혈관질환진단확정보험금으로 지급합니다.

#### 【뇌혈관질환의 정의 및 진단확정】

1. “뇌혈관질환”이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표26】【뇌혈관질환 분류표】참조)을 말합니다.
2. “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상법(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 13. 급성심근경색증진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 최초1회의 진단에 한하여 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 급성심근경색증진단확정보험금으로 지급합니다.

#### 【급성심근경색증의 정의 및 진단확정】

1. “급성심근경색증”이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표22】【급성심근경색증 분류표】참조)을 말합니다.
2. “급성심근경색증”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술, 혈액중심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
3. 제2호에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
  - 가. 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
  - 나. 부검감정서상 사인이 급성심근경색증으로 확정되거나 추정되는 경우

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

### 14. 허혈성심장질환진단 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일 이후에 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우 최초1회의 진단에 한하여 특별약관에 따라 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 허혈성심장질환진단확정보험금으로 지급합니다.

#### 【허혈성심장질환의 정의 및 진단확정】

1. “허혈성심장질환”이라 함은 한국표준질병 사인분류에 있어서【허혈성심장질환 분류표】(【별표23】참조)에서 정한 질병을 말합니다.
2. “허혈성심장질환”의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥촬영술,

혈액중심장 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.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 15. 저체중아 육아비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자(보험계약 체결 시 피보험자가 임신한 때부터 임신 22주 이내에 한합니다)가 저체중아(출생 시의 체중이 2.5kg 이 하인 신생아를 말합니다)를 출산하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 사용했을 경우 최고 60일을 한도로 실제 사용일수에서 2일을 공제하고 인큐베이터 사용 1일당 보험증권에 기재된 금액을 저체중아육아비용으로 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입 시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아육아비용을 지급하여 드리지 않습니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 신생아의 출생일로부터 1년으로 합니다.
- ② 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다.
- ③ 다른 약정이 없으면 이 특별약관의 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 회사는 책임을 지지 아니 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 16. 정신질환진단 특별약관

제1조(보험금의지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 "보험기간"이라 합니다)
- ② 정신질환으로 진단확정된 경우에는 정신질환분류표의 대상질병 그룹별 1회에 한하여 보험증권에 기재된 가입금액을 이 특별약관에 따라 지급하여 드립니다. 정신질환의 진

단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 심리검사, 임상학적 소견 등을 기초로 하여야 합니다.

③ 제1항의 「정신질환」이라 함은 제7차 한국표준질병·사인분류에 있어서

【정신질환 분류표】에서 정한 질병을 말합니다.

④ 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「정신질환」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1항에 해당하는 경우에만 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그이행은 제3항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

#### 【정신질환 분류표】

① 이 약관에서 규정하는 정신질환은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제 2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 적은 항목을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 정신질환 해당 여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
1. 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애 F10	F10
2. 기타 정신활성물질 사용에 의한 정신 및 행동장애	F11~F19
3. 정신분열증, 분열형 및 망상성 장애	F20~F29
4. 기분(정동성)장애	F30~F39
5. 신경증적, 스트레스와 관련된 신체형 장애	F40~F48
6. 정신 지연	F70~F79
7. 기타 정신 및 행동장애	F04~F09, F50~F69, F80~F99

주) 제8차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 정신질환 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

## 17. 선천이상수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중 【선천이상 분류표】(【별표16】참조)에서 정한 질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

### 제2조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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.

#### 【신의료기술평가위원회】

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

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 18. 충수염(맹장염) 수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 충수염(맹장염)으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 최초 수술 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염(맹장염)수술비로 보험수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

### 제2조(충수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「충수염(맹장염)」이라 함은 【충수염(맹장염) 분류표】(【별표49】참조. 이하 같습니다.)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가

「충수염(맹장염)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다

### 제3조(수술의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 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.

#### 【신의료기술평가위원회】

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

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## 19. 조혈모세포이식수술비 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 장기수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받았을 때 보험증권에 기재된 이 특별약관 가입금액을 최초 1회에 한하여 조혈모세포이식수술비로 피보험자에게 지급합니다.

② 제1항의 “조혈모세포이식”이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식 시술을 말함. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말함.

2. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 수혜자에게 투여하는 행위를 말함.

3. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 본인의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말함.

4. "자가(autologous)말초조혈모세포이식"이라 함은 본인의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 본인에게 다시 투여하는 행위를 말함.

5. "제대혈조혈모세포이식"이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내조혈모세포를 골수부전상태에 있는 본인 또는 타인에게 투여하는 행위를 말함.

#### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

## 20. 깁스치료비 특별약관

#### 제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 깁스(Cast)치료를 받은 경우 매 사고마다 깁스치료급여금을 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 깁스치료를 2회 이상 받은 경우, 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료급여금을 피보험자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 질병이라 함은 이 보험계약에 의해 회사의 보장이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 질병을 말합니다. 다만, 회사의 보장이 시작되기 전에 피보험자가 감염 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상합니다.

③ 제1항의 깁스(Cast)치료라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 의미합니다. 단, 부목(Splint cast)치료는 제외합니다. "부목(Splint cast)치료"란 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

#### 제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

## ※ 모성사망 특별약관

### 제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중에 피보험자가 모성사망에 대한 보장개시일 이후에 여성 산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병(【별표27】【여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표】참조)으로 인하여 임신 중 또는 분만 후 42일 이내에 사망한 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.
- ② 제1항의 특정질병이라 함은 이 계약에 의해 회사의 책임이 시작된 때부터 피보험자에게 감염되거나 발병된 특정질병을 말합니다. 다만, 책임이 시작되기 전에 피보험자가 감염되거나 또는 발병된 사실을 모르고 있었던 때에는 보상하여 드립니다.
- ③ 제1항의 경우 모성사망에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일로 하며 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다.

### 제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 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 상해

### 제3조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간에도 불구하고 보장개시일 부터 임신 중 또는 분만 후 42일 이내로 합니다.
- ② 이 경우 시각은 보험증권 발행지의 표준시에 따릅니다.
- ③ 다른 약정이 없으면 이 특별약관의 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 손해에 대하여는 회사는 책임을 지지 아니 합니다.

### 제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.



【별표11】

【탈구,신경손상,압착손상 분류표】

분류항목	분류번호
경추의 탈구	S13.1
목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
목의 다발 탈구	S13.3
흉추의 탈구	S23.1
흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
요추의 탈구	S33.1
천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
어깨 관절의 탈구	S43.0
견쇄관절의 탈구	S43.1
흉쇄관절의 탈구	S43.2
견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
요골머리의 탈구	S53.0
팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
손목의 탈구	S63.0
손가락의 다발 탈구	S63.2
고관절의 탈구	S73.0
무릎뼈의 탈구	S83.0
무릎의 탈구	S83.1
발목관절의 탈구	S93.0
발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
뇌신경의 손상	S04
목 부위의 신경 및 척수의 손상	S14
흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
아래팔 부위의 신경의 손상	S54
손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
아래다리 부위의 신경손상	S84
발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
목 부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
몸통의 상세불명의 신경, 척추신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4

팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
목의 으깬손상	S17
어깨 및 위팔의 으깬손상	S47
아래팔의 으깬손상	S57
엉덩이 및 대퇴의 으깬손상	S77
아래다리의 으깬손상	S87
발목 및 발의 으깬손상	S97
여러 신체부위를 침범한 으깬손상	T04

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표15】

【수술분류표】

수 술 종 류	
<b>피부·유방의 수술</b> <b>(皮膚,乳房의 手術)</b>	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm <sup>2</sup> 미만은 제외함) 2. 유방절단술(乳房切斷術)
<b>근골의 수술(筋骨의手術)</b> <b>[발정술(拔釘術)은 제외함]</b>	3. 골이식술(骨移植術) 4. 골수염 골결핵 수술(骨髓炎骨結核手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함] 5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골(코뼈) 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함] 6. 비골(코뼈)관혈수술(鼻骨 觀血手術) [비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함] 7. 상악골 하악골 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術) [치·치육(齒·齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함] 8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術) 9. 쇄골 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術) 10. 사지절단술(팔·다리切斷術)[손가락·발가락은 제외함] 11. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) [골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것] 12. 사지골(팔·다리뼈) 사지관절 관혈수술(팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) [손가락·발가락은 제외함] 13. 근·건(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]
<b>호흡기·흉부의 수술</b> <b>(呼吸器·가슴의手術)</b>	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術) 15. 후두전적제술(喉頭全摘除術) 16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것] 17. 흉곽형성술(胸廓形成術) 18. 종격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)

<p style="text-align: center;"><b>순환기·비의수술</b> (循環器·脾의 手術)</p>	<p>19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함]</p> <p>20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術)</p> <p>21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術)[개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術)</p> <p>23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術)</p> <p>24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)</p> <p>25. 비적제술(脾摘除術)</p>
<p style="text-align: center;"><b>소화기의 수술</b> (消化器의 手術)</p>	<p>26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術)</p> <p>27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術)</p> <p>28. 식도이단술(食道離斷術)</p> <p>29. 위절제술(胃切除術)</p> <p>30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) [개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>31. 복막염수술(腹膜炎手術)</p> <p>32. 간장 담낭 담도 취장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 脾臟 觀血手術)</p> <p>33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)</p> <p>34. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術)</p> <p>35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)</p> <p>36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것]</p> <p>37. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]</p>

<p style="text-align: center;"><b>뇨·성기의 수술</b> (尿·性器의 수술)</p>	<p>38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함]</p> <p>39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 膀胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]</p> <p>40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]</p> <p>41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함]</p> <p>42. 음경절단술(陰莖切斷術)</p> <p>43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술(辜丸 副辜丸 精管 精索 精囊 前立腺手術)</p> <p>44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)</p> <p>45. 자궁광범전적제술(子宮廣汎全摘除術) [단순 자궁 전 절제술(全切除術)등의 자궁전적제술(子宮全摘除術)은 제외함]</p> <p>46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術)</p> <p>47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)</p> <p>48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術)</p> <p>49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膣脫手術)</p> <p>50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술 (子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함]</p> <p>51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經膣的操作)은 제외함]</p> <p>52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)</p>
<p style="text-align: center;"><b>내분비기의 수술</b> (內分泌器의 手術)</p>	<p>53. 하수체종양적제술(下垂體腫瘍摘除術)</p> <p>54. 갑상선수술(甲狀腺手術)</p> <p>55. 부신전적제술(副腎全摘除術)</p>

<p style="text-align: center;"><b>신경의 수술</b> (神經의手術)</p>	<p>56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)</p> <p>57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)]</p> <p>58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)</p> <p>59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)</p>
<p style="text-align: center;"><b>감각기·시기의 수술</b> (感覺器·視器의 手術)</p>	<p>60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術)</p> <p>61. 누소관형성술(淚小管形成術)</p> <p>62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)</p> <p>63. 결막낭형성술(結膜囊形成術)</p> <p>64. 각막이식술(角膜移植術)</p> <p>65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術)</p> <p>66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術)</p> <p>67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)</p> <p>68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術)</p> <p>69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)</p> <p>70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)</p> <p>71. 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>72. 안구적제술 조직충전술(眼球摘除術, 組織充填術)</p> <p>73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)</p> <p>74. 안근이식술(眼筋移植術)</p>
<p style="text-align: center;"><b>감각기·청기의 수술</b> (感覺器·聽器의 手術)</p>	<p>75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術)</p> <p>76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)</p> <p>77. 중이(가운데귀) 근본수술(中耳根本手術)</p> <p>78. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術)</p> <p>79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術 )</p>



【별표16】

【 선천이상 분류표 】

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
신경계통의 선천기형	Q00-Q07
눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형	Q10-Q18
순환계통의 선천기형	Q20-Q28
호흡계통의 선천기형	Q30-Q34
구순열 및 구개열	Q35-Q37
소화계통의 기타 선천기형	Q38-Q45
생식기관의 선천기형	Q50-Q56
비뇨계통의 선천기형	Q60-Q64
근골격계통의 선천기형 및 변형	Q65-Q79
기타 선천기형	Q80-Q89
달리 분류되지 않은 염색체이상	Q90-Q99

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.



【별표2】

【골절분류표】

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
두개골 및 안면골의 골절	S02
머리의 으깬손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손부위의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체 부위의 골절	T14.2

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】

【화상분류표】

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
머리 및 목의 화상 및 부식	T20
몸통의 화상 및 부식	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
손목 및 손의 화상 및 부식	T23
발목 및 발을 제외한 고관절 및 다리의 화상 및 부식	T24
발목 및 발의 화상 및 부식	T25
눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
기도의 화상 및 부식	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타 장애	L59

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 항목 이외의 추가로 상기 분류표에 해당하는 항목이 있는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표39】**

**【다발성 소아암 분류표】**

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
수막의 악성신생물	C70
뇌의 악성신생물	C71
척수, 뇌신경 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
호지킨림프종	C81
소포성 림프종	C82
비소포성 림프종	C83
성숙 T/NK-세포림프종	C84
기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
림프성 백혈병	C91
골수성 백혈병	C92
단핵구성 백혈병	C93
명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
상세불명 세포형의 백혈병	C95
림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
만성 골수증식질환	D47.1
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

**【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.

**【별표26】**

**【뇌혈관질환 분류표】**

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
지주막하 출혈	160
뇌내출혈	161
기타 비외상성 두개내 출혈	162
뇌경색증	163
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	164
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	165
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	166
기타 뇌혈관 질환	167
달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	168
뇌혈관 질환의 후유증	169

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

**【별표23】**

**【허혈성심장질환 분류표】**

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
협심증	120
급성 심근경색증	121
후속 심근경색증	122
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	123
기타 급성 허혈성심장질환	124
만성 허혈성심장병	125

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표27】

【여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표】

약관에 규정하는 골절은 제7차 개정 한국표준 질병사인분류(통계청고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 항목을 말합니다.

분류항목	분류번호
1. 유산된 임신	O00~O08
2. 임신,출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	O10~O16
3. 주로 임신과 관련된 기타 산모 장애	O20~O29
4. 태아와 양막강 그리고 가능한 분만문제에 관련된 산모관리	O30~O48
5. 진통 및 분만의 합병증	O60~O75
6. 분만	O80~O84
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	O85~O92

제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.