

무배당 현대해상굿앤굿어린이종합보험Q(Hi2404) 상품안내

<유의사항>

- 이 상품에 대한 보다 자세한 내용은 반드시 상품설명서 및 약관 본문을 참조하시기 바랍니다.

<개요 및 구조>

- 무배당 현대해상굿앤굿어린이종합보험Q(Hi2404)는 어린이에게 발생 가능한 주요 질병, 상해, 배상책임손해 등을 보장받을 수 있는 상품입니다.

○ 상품구조

구 분	1종	2종	3종
종형	표준형	해약환급금 미지급형	보험기간 연장형
상품 형태	보장/적립구분형	순수보장형	보장/적립구분형
보장부분 적용이율	2.8% (단, 독립특약은 2.5%)		
적립부분 적용이율	보장성 공시이율V (단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%)	-	보장성 공시이율V (단, 최저보증이율은 연단위 복리 0.3%)
보장보험료 납입면제	상해 및 질병으로 50%이상후유장해 발생시 또는 7대질병으로 진단시 또는 중대한특정상해수술 받은 경우		

- * 7대질병 : 암(유사암 제외), 뇌혈관질환, 중대한재생불량성빈혈, 양성뇌종양, 심혈관질환(특정 I, I49제외), 심혈관질환(I40), 심혈관질환(특정 II)
- * 중대한특정상해수술 : 상해로 뇌손상, 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 받은 개두·개흉·개복수술

- 2종(해약환급금 미지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입완료 후에는 1종(표준형) 해약환급금 대비 50%를 지급하는 상품입니다.

1. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

가. 보험금 지급사유 및 지급금액

<기본계약>

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상해후유장해	상해로 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	가입금액 × 후유장해지급률

<의무가입특약>

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
보험료납입 면제대상	상해 또는 질병으로 장해지급률이 50%이상에 해당하거나 ‘암’ (‘유사암’ 제외) 또는 ‘뇌혈관질환’ 또는 ‘심혈관질환(특정 I, I49제외)’ 또는 ‘심혈관질환(I40)’ 또는 ‘심혈관질환(특정 II)’ 또는 ‘중대한재생불량성빈혈’ 또는 ‘양성뇌종양’ 으로 진단 확정된 경우 또는 상해로 뇌손상, 내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 개두·개흉·개복수술을 받은 경우	이 특약의 보험가입금액 (최초 1회한)

< 선택계약 >

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 관 련 보 장	교통상해후유장해 (비운전중)	비운전중 교통사고로 발생한 상해로 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 × 후유장해지급률
	자전거탑승중 상해후유장해	자전거 탑승중 사고로 발생한 상해로 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 × 후유장해지급률
	상해후유장해 (80%이상)	상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	상해후유장해 (20%이상)	상해로 장해지급률이 20% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 × 후유장해지급률
	상해후유장해 (50%이상)	상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	골절진단	상해로 ‘골절’ 진단 확정된 경우	특약가입금액
	골절진단(치아파절제외)	상해로 골절(치아파절제외) 진단 확정된 경우	특약가입금액
	5대골절진단	5대골절(머리의 으깬손상, 목/흉추/요추/골반/대퇴골 골절, 흉추의 다발골절)로 진단 확정된 경우	특약가입금액
	골절(치아파절제외) 부목치료	상해로 골절(치아파절제외) 진단 확정되고 부목치료를 받은 경우	특약가입금액
	성장판손상 골절진단	성장판부위골절로 진단 확정되고 성장판 손상에 대한 의사의 진단이 있는 경우	특약가입금액
	화상진단	심재성 2도 이상의 화상으로 진단 확정된 경우	특약가입금액
	특정외상성뇌출혈진단	특정외상성뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	특정외상성뇌손상진단	특정외상성뇌손상으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	특정외상성장기손상진단	특정외상성장기손상으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 관 련 보 장	중증화상/부식진단	상해로 신체표면적 20%이상의 3도 화상 또는 부식으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	아나필락시스쇼크 진단(연간1회한)	아나필락시스쇼크로 진단확정된 경우	특약가입금액 (연간 1회한)
	상해입원일당 (1-10일)	상해로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (10일 한도)
	상해입원일당 (1-30일)	상해로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도)
	상해입원일당(1-180일) 상해입원일당 (1-180일)(갱신형)	상해로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해입원일당 (1-180일,종합병원)	상해로 1일이상 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해입원일당 (1-180일,중환자실)	상해로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	상해입원일당 (1-30일, 종합병원, 1인실)	상해로 종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도)
	상해입원일당 (1-30일, 상급종합병원, 1인실)	상해로 상급종합병원의 상급병실(1인실)에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도)
	골절입원일당 (1-180일, 중환자실)	골절로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약 가입금액(180일 한도)
	화상입원일당 (1-180일, 중환자실)	화상으로 1일이상 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약 가입금액(180일 한도)
	상해간호간병통합서비스 입원일당	상해로 병원(요양병원 제외))에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동에서 치료를 받은 경우	사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (30일 한도)
		상해로 병원(요양병원 제외))에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 재활병동에서 치료를 받은 경우	사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (60일 한도)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 관 련 보 장	상해수술입원일당 II (1~120일)	수술입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	상해수술입원일당 II (1~10일)	수술입원 1일당 특약가입금액 (10일 한도)
	상해입원수술 II (당일입원제외), 상해입원수술 II (당일입원제외)(갱신형)	특약가입금액 (1사고당)
	상해통원수술 II (당일입원포함), 상해통원수술 II (당일입원포함)(갱신형)	특약가입금액 (1사고당)
	골절수술 II	특약가입금액 (1사고당)
	5대골절수술 II	특약가입금액 (1사고당)
	화상수술 II	특약가입금액 (1사고당)
	화상수술 II (3도이상)	특약가입금액 (1사고당)
	심한상해수술	특약가입금액 (최초 1회한)
	중대한 특정상해수술	특약가입금액 (최초 1회한)
	뇌 · 내장손상수술	특약가입금액 (최초 1회한)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 관 련 보 장	특정화상처리비 (1일1회,연간5회한,급 여)	‘특정화상’ 으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원 또는 통원하여 ‘특정화상처리(급여)’ 를 받은 경우	특약가입금액 (1일 1회, 연간5회한)
	상해수술Ⅱ	상해로 수술을 받은 경우	특약가입금액 (1사고당)
	상해수술 (시술포함) (1-8종)	상해로 ‘1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘1종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (1종)’ 보장의 보험가입금액
		상해로 ‘1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘2종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (2종)’ 보장의 보험가입금액
		상해로 ‘1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘3종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (3종)’ 보장의 보험가입금액
		상해로 1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘4종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (4종)’ 보장의 보험가입금액
		상해로 ‘1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘5종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (5종)’ 보장의 보험가입금액
		상해로 ‘1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘6종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (6종)’ 보장의 보험가입금액
		상해로 ‘1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘7종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (7종)’ 보장의 보험가입금액
		상해로 ‘1-8종 수술 및 시술 분류표’ 에서 정한 ‘8종’ 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	‘상해수술(시술포함) (8종)’ 보장의 보험가입금액
	상해흉터성형수술Ⅱ	상해로 ‘상해흉터성형수술’ *을 받 은 경우 ※ 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년이내 받은 성형수술	안면부 : 수술 1cm당 30만원 상지, 하지 : 수술 1cm당 15만원 (단, 3cm이상에 한함) ※ 최고 1,800만원 한도

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상해수술Ⅱ(종합병원)	상해로 종합병원에서 수술을 받은 경우	특약가입금액 (1사고당)
상해수술Ⅱ(상급종합병원)	상해로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우	특약가입금액 (1사고당)
상해입원후통원일당 (3일이상계속입원, 20일한),	상해로 3일이상 퇴원없이 계속입원 후 통원한 경우 (퇴원일부터 180일 이내 통원)	통원 1일당 특약가입금액 (20일 한도)
상해수술Ⅲ(1-5종) (수술회당지급)Ⅱ	상해로 ‘1-5종 수술Ⅲ분류표’에서 정한 1종 수술을 받은 경우	‘상해수술Ⅲ(1종)’ 보장의 보험가입금액
	상해로 ‘1-5종 수술Ⅲ분류표’에서 정한 2종 수술을 받은 경우	‘상해수술Ⅲ(2종)’ 보장의 보험가입금액
	상해로 ‘1-5종 수술Ⅲ분류표’에서 정한 3종 수술을 받은 경우	‘상해수술Ⅲ(3종)’ 보장의 보험가입금액
	상해로1-5종 수술Ⅲ분류표’에서 정한 4종 수술을 받은 경우	‘상해수술Ⅲ(4종)’ 보장의 보험가입금액
	상해로1-5종 수술Ⅲ분류표’에서 정한 5종 수술을 받은 경우	‘상해수술Ⅲ(5종)’ 보장의 보험가입금액
무릎인대파열/ 연골손상수술	무릎인대파열 및 연골손상으로 수술을 받은 경우	특약가입금액 (1사고당)
아킬레스힘줄손상수술	아킬레스힘줄손상으로 수술을 받은 경우	특약가입금액 (1사고당)
상해MRI검사지원비 (연간1회한, 급여)	상해의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 ‘급여 상해MRI검사’에 해당하는 의료행위를 받은 경우	특약가입`금액 (연간1회한)
상해CT검사지원비 (연간1회한, 급여)	상해의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 ‘급여 상해CT검사’에 해당하는 의료행위를 받은 경우	특약가입금액 (연간1회한)
중증화상산정특례대상	상해로 인하여 ‘중증화상 산정특례대상’으로 ‘산정특례 신규등록’된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
중증외상산정특례대상 (연간1회한)	상해로 인하여 ‘중증외상 산정특례대상’으로 등록된 경우	특약가입금액 (연간1회한)

상
해
관
련
보
장

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 관 련 보 장 상해특정급여시술치 료(연간1회한)	상해로 ‘상해 특정급여시술치료(흡인, 천자, 절개 ,배액,배농)’을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 ‘상해 특정급여시술치료(신경차단술)’ 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 ‘상해 특정급여시술치료(화상)’을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 ‘상해 특정급여시술치료(도수정복술)’ 을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 ‘상해 특정급여시술치료(단순창상봉합술)’을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)
	상해로 ‘상해 특정급여시술치료(기타시술)’을 받은 경우	보장가입금액 (연간1회한)

상
해
관
련
보
장

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
특정암진단	특정암으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
다발성소아암진단	다발성 소아암으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
소아백혈병진단	소아백혈병으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
재진단암진단 II	재진단암 보장개시일 이후 재진단암 (기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액
뇌졸중진단	뇌졸중으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
뇌혈관질환진단	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
뇌혈관질환진단 (갱신형)	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
뇌혈관질환(Ⅰ)진단	뇌혈관질환(Ⅰ)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
뇌혈관질환(Ⅱ)진단	뇌혈관질환(Ⅱ)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	신생아뇌출혈로 진단 확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
뇌전증진단	뇌전증으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
급성심근경색증진단	급성심근경색증으로 진단 확정된 경 우	특약가입금액 (최초 1회한)
급성심근경색증진단 (갱신형)		

질
병
관
련
보
장

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	질병후유장해, 질병후유장해(80세보험 기간연장형), 질병후유장해(갱신형)	질병으로 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 × 후유장해지급률
	질병후유장해 (80%이상)	질병으로 80%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)
	질병후유장해 (50%이상)	질병으로 50%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)
	3대질병후유장해 (80%이상)	‘3대질병’ 으로 진단확정되고, ‘3대질병’ 의 직접적인 원인으로 80%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)
	3대질병후유장해 (50%이상)	‘3대질병’ 으로 진단확정되고, ‘3대질병’ 의 직접적인 원인으로 50%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)
	암진단Ⅱ(유사암제외), 암진단Ⅱ(유사암제외) (80세보험기간연장형), 암진단Ⅱ(유사암제외) (갱신형)	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단확 정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	암진단Ⅱ (소액암및유사암제외)	‘암’ (‘소액암’ , ‘유사암’ 제 외)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	유사암진단Ⅱ (양성뇌종양포함), 유사암진단Ⅱ(양성뇌종 양포함) (80세보험기간연장형), 유사암진단Ⅱ(양성뇌 종양포함) (갱신형)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경 계성종양 및 양성뇌종양으로 진단 확 정된 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한)

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	암주요 치료비 (1형) (연간1회한, 진단후5년)	암치료급여금 (기타피부암및 갑상선암제외)	보장개시일 이후 ‘암’ (‘기타피부암’ , ‘갑상선암’ 제외)으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)	이 보증의 가입금액 (연간 1회한, 최대5회 지급)
		기타피부암 및 갑상선암 치료급여금	‘기타피부암’ 또는 ‘갑상선암’ 으로 암 주요치료를 받은 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간)	이 보증의 가입금액 (연간 1회한, 최대5회 지급)
		암치료비지원금 (1천만원이상, 종합병원)	보장개시일 이후 종합병원에서 암주요치료를 받아 ‘연간 암주요치료비 총액’ 이 1천만원 이상인 경우 (단, 최초 진단확정일로부터 최대 5년간 연간 1회한도(최대5회))	연간 치료비 총액 1천만원 이상 시, 치료비 총액 매 1천만원당 이 보증 가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 1,000%) (※ 자세한 지급금액은 해당 특별약관 본문 참조)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액	
질 병 관 련 보 장	전이암진단 (최초1회한)	특정전이암' 으로 진단 확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)	
		'림프절전이암' 으로 진단 확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)	
	허혈심장질환진단		허혈심장질환으로 진단 확 정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	허혈심장질환진단 (궤신형)			
	심혈관질환(특정Ⅰ, 149제외)진단		심혈관질환(특정Ⅰ, 149제외)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심혈관질환 (주요심장염증)진단		심혈관질환(주요심장염증) 으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심혈관질환(149) 진단		심혈관질환(149)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심혈관질환(특정Ⅱ)진단		심혈관질환(특정Ⅱ)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심혈관질환 (특정2대)진단		심혈관질환(특정2대)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심혈관질환 (대동맥판막협착증)진단		심혈관질환(대동맥판막협착 증)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
심혈관질환 (심근병증)진단		심혈관질환(심근병증)으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)	

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	항암방사선치료 II	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
		유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우 특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	항암약물치료 II	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
		유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우 특약가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
	항암방사선약물치료 II (연간1회한)	‘암’ (‘유사암’ 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 특약가입금액 (연간 1회한)
		유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선 또는 항암약물치료를 받은 경우 특약가입금액의 20% (각각 연간 1회한)
	만성당뇨합병증진단	만성당뇨합병증으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	말기신부전증진단	말기신부전증으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
질 병 관 련 보 장	양성뇌종양진단	양성뇌종양으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	심장관련 소아특정질병진단	심장관련 소아특정질병으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	중대한재생불량성 빈혈진단	중대한 재생불량성 빈혈로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	특정감염병진단 (갱신형)	특정감염병으로 진단 확정된 경우 특약가입금액
	중증세균성 수막염진단	중증 세균성수막염으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	인슐린의존 당뇨병진단	인슐린의존 당뇨병으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	천식지속상태 (급성중증천식)진단	천식지속상태(급성중증천식)으로 진단 확정된 경우 특약가입금액 (최초 1회한)
	정신질환 I (7종)치료 (90일이상약물처방) (갱신형)	정신질환 I (7종)으로 진단받고, 진단일로부터 1년 이내에 정신질환치료제를 90일이상 처방받은 경우 특약가입금액 (최초1회한)
	정신질환 II (3종)치료 (90일이상약물처방) (갱신형)	정신질환 II (3종)으로 진단받고, 진단일로부터 1년 이내에 정신질환 치료제를 90일이상 처방받은 경우 특약가입금액 (최초1회한)
	건선허정치료 (연간1회한,급여)	건선으로 진단확정되고 ‘급여 건선 특정 광선치료’ 를 받은 경우 특약가입금액의 20% (연간 1회한)
질 병 관 련 보 장		건선으로 진단확정되고 ‘급여 건선 특정 약물 및 주사제 치료’ 를 받은 경우 특약가입금액 (연간1회한)
	성조숙증진단	성조숙증으로 진단 확정된 경우 ※ 보험나이 5세 이전 가입자의 경우,보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일임 특약가입금액 (최초 1회한)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 과 장	ADHD진단	ADHD(활동성 및 주의력 장애)로 진단 확정된 경우 ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초1회한)
	아토피진단	아토피로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
	중증아토피진단	중증아토피로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
	수족구진단 (연간1회한)	수족구로 진단확정된 경우	특약가입금액 (연간1회한)
	수두진단	수두로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
	기흉진단	기흉으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		신생아기흉으로 진단확정된 경우	특약가입금액의 20% (최초 1회한)
	특정정신장애진단 (연간1회한)	특정정신장애(우울에피소드, 재발성 우울장애, 공황장애, 외상후스트레스 장애)로 진단확정된 경우	특약가입금액 (각각 연간1회한)
	31주 이내출생진단	31주 이내 출생한 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	저체중아출생	피보험자(신생아)가 저체중아(2,500g 이하)로 출생한 경우	특약가입금액의 50% (최초 1회한)
		피보험자(신생아)가 저체중아(2,000g 이하)로 출생한 경우	특약가입금액의 100% (최초 1회한)
장 해 출 생 II	장해출생	피보험자(신생아)에게 약관에서 정한 장해가 발견된 경우	‘장해출생’ 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)
	심한 장해출생	피보험자(신생아)에게 약관에서 정한 심한장해가 발견된 경우	‘심한장해출생’ 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)
중증틱장애진단		중증틱장애로 진단확정된 경우 ※ 보험나이 3세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일임	특약가입금액 (최초1회한)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
결핵진단	결핵으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
대상포진진단	대상포진으로 진단 확정된 경우 ※ 보험나이 2세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일임	특약가입금액 (최초1회한)
대상포진눈병진단	대상포진눈병으로 진단 확정된 경우 ※ 보험나이 2세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일임	특약가입금액 (최초1회한)
뇌성마비진단	뇌성마비로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
원형탈모증진단	원형탈모증으로 진단 확정된 경우 ※ 보험나이 2세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
특정언어장애 및 말더듬증진단 (연간1회한)	특정언어장애 및 말더듬증으로 진단 확정된 경우 또는 이후에 특정언어장 애 및 말더듬증에 해당하는 상태가 계 속하여 지속되었음이 진단확정된 경우 ※ 보험나이 3세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일임	특약가입금액 (연간1회한)
어린이특정 감염병진단	어린이특정감염병(로타바이러스장염, 호흡기세포융합바이러스(RSV)감염증) 으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (각각 최초1회한)
급성신우신염진단	급성신우신염으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
척추측만증 (Cobb's각도 20도이상)진단	척추측만증(Cobb's각도20도이상) 으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
중증갑상선암진단	중증갑상선암으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 과 장	특정 안과 질환 진단	중증백내장 및 수정체질환(선천백내장제외) 진단보장	‘중증백내장 및 수정체질환(선천백내장제외)’으로 진단 확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		선천백내장 진단보장	‘선천백내장’으로 진단 확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		녹내장(선천녹내장제외) 진단보장	‘녹내장(선천녹내장제외)’으로 진단 확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		선천녹내장 진단보장	‘선천녹내장’으로 진단 확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		색각결손 진단보장	‘색각결손’으로 진단 확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
	특정 환경성 및 생활 질환 진단	천식보장	‘천식’으로 진단확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		폐렴보장	‘폐렴’으로 진단확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		외부요인에 의한 폐질환보장	‘외부요인에 의한 폐질환’으로 진단확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		중금속에 의한 질환보장	‘중금속에 의한 질환’으로 진단확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
		중이염보장	‘중이염’으로 진단확정된 경우	보장가입금액 (최초 1회한)
	편마비진단		편마비로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	특정귀어지럼증진단		특정귀어지럼증으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	지방간진단		지방간으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)

구 분	사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	질병입원일당 II (1-10일)	질병으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (10일 한도)
	질병입원일당 II (1-30일)	질병으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도)
	질병입원일당 II (1-180일)	질병으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	질병입원일당 II (1-180일)(갱신형)	
	질병입원일당 II (1-180일, 종합병원)	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	질병입원일당 II (1-180일, 중환자실)	입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	질병입원일당 II (1-30일, 종합병원, 1인실)	입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도)
	질병입원일당 II (1-30일, 상급종합병원, 1인실)	입원 1일당 특약가입금액 (30일 한도)
	암직접치료입원일당 (1-180일, 요양병원제외)	암(유사암 제외)의 직접치료를 목적으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 입원한 경우 입원 1일당 특약가입금액 (180일 한도)
	요양병원암입원일당 (1-90일)	암(유사암 제외)의 치료를 목적으로 요양병원에 1일 이상 입원한 경우 입원 1일당 특약가입금액 (90일 한도)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	식중독입원일당 (4-120일)	음식물의 섭취로 식중독이 발생하여 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 4일째 입원일부터 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	심뇌혈관질환 입원일당(1-180일)	심뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (180일한도)
	암직접치료 통원일당 (종합병원)	암(유사암 제외)의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양)의 직접치료를 목적으로 종합병원에 통원치료를 한 경우 통원 1회당 특약가입금액 (1일 통원당 1회한)
	VDT중후군입원일당 (1-120일)	VDT중후군의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	선천이상입원일당 (1-120일)	선천이상의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (120일한도)
	저체중아입원일당 (3-60일)	피보험자(신생아)가 미숙아(2.5kg이하)로 출생하여 3일이상 인큐베이터를 이용한 경우 3일째 사용일부터 사용 1일당 특약가입금액 (60일한도)
	신생아질병입원일당 (1-120일)	피보험자(신생아)가 출생전후기 질병을 원인으로 출생후 1년내에 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (120일한도)
	특정감염병 II 입원일당 (1-30일)	특정감염병 II의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (30일한도)
	독감(인플루엔자) 입원일당(1-30일)	독감(인플루엔자)의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 특약가입금액 (30일한도)
	질병수술입원일당 II (1-120일)	질병으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 수술입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
	질병입원후통원일당 (3일이상계속입원, 20일한)	질병으로 3일이상 퇴원없이 계속입원 후 통원한 경우 (퇴원일부터 180일 이내 통원) 통원 1일당 특약가입금액 (20일 한도)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	질병수술III(1-5종)(수술회당지급)	질병으로 '1-5종 수술III분류표' 에서 정한 1종' 수술을 받은 경우 '질병수술III(1종)' 보장의 보험가입금액
		질병으로 '1-5종 수술III분류표' 에서 정한 '2종' 수술을 받은 경우 '질병수술III(2종)' 보장의 보험가입금액
		질병으로 '1-5종 수술III분류표' 에서 정한 3종' 수술을 받은 경우 '질병수술III(3종)' 보장의 보험가입금액
		질병으로 '1-5종 수술III분류표' 에서 정한 '4종' 수술을 받은 경우 '질병수술III(4종)' 보장의 보험가입금액
		질병으로 '1-5종 수술III분류표' 에서 정한 '5종' 수술을 받은 경우 '질병수술III(5종)' 보장의 보험가입금액
	질병간호간병 통합서비스입원일당 II	질병으로 병원(요양병원 제외))에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 일반병동에서 치료를 받은 경우 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (30일 한도)
		질병으로 병원(요양병원 제외))에 입원하고, 간호·간병통합서비스를 사용하여 재활병동에서 치료를 받은 경우 사용 1일당 이 보장의 보험가입금액 (60일 한도)
	질병수술입원일당 II (1-10일)	질병으로 수술입원하여 치료를 받은 경우 수술입원 1일당 특약가입금액 (10일 한도)
	질병수술, 질병수술(갱신형)	질병으로 수술을 받은 경우 특약가입금액 (하나의 질병당)
	질병수술(백내장및 대장용종제외)	질병(백내장, 대장용종 제외)으로 수술을 받은 경우 특약가입금액 (하나의 질병당)
	질병수술(종합병원)	질병으로 종합병원에서 수술을 받은 경우 특약가입금액 (하나의 질병당)
	질병수술(상급종합 병원)	질병으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 특약가입금액 (하나의 질병당)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	질병수술Ⅲ(1-6종, 수술회당지급)Q	질병으로 '1-5종수술Ⅲ 분류표(선천포함)'에서 정한 1종 수술을 받은 경우
		질병으로 '1-5종수술Ⅲ 분류표(선천포함)'에서 정한 2종 수술을 받은 경우
		질병으로 '1-5종수술Ⅲ 분류표(선천포함)'에서 정한 3종 수술을 받은 경우
		질병으로 '1-5종수술Ⅲ 분류표(선천포함)'에서 정한 4종 수술을 받은 경우
		질병으로 '1-5종수술Ⅲ 분류표(선천포함)'에서 정한 5종 수술을 받은 경우
		다발성선천이상Ⅱ으로 수술을 받은 경우
	질병수술(선천포함), 질병수술(선천포함) (갱신형)	질병(선천포함)으로 수술을 받은 경우
	질병특정급여시술치료(연간1회한)	질병으로 '질병 특정급여시술치료(흡인, 천자, 절개, 배액, 배농)'을 받은 경우
		질병으로 '질병 특정급여시술치료(신경차단술)'을 받은 경우
		질병으로 '질병 특정급여시술치료(기타시술)'을 받은 경우

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	허혈심장질환수술	허혈심장질환으로 수술을 받은 경우
	심뇌혈관질환수술	심뇌혈관질환으로 수술을 받은 경우
	소아탈장수술	탈장의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	추간판장애수술	추간판장애의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 ※ 보험나이 8세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 8세 계약해당일임
	관상동맥성형술 (최초 1회한)	관상동맥성형술을 받은 경우
	관상동맥우회술 (최초 1회한)	관상동맥우회술을 받은 경우
	특정5대질병수술	4대질병(당석증, 사타구니탈장, 편도 및 아데노이드의 만성질환, 만성부비동염)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
		치핵의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	총수염수술	총수염의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	시정각질환수술	시정각질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	사시수술	'사시'의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	여성형유방증(2급이상)수술 (최초1회한)	여성형유방증(2급이상)으로 수술을 받은 경우 ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일임

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액	
질 병 관 련 보 장	척추측만증수술		‘척추측만증’ 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
	모야모야병개두수술		모야모야병의 치료를 직접적인 목적으로 개두수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
	희귀난치성질환수술Ⅱ		희귀난치성질환Ⅱ의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
	어린이개흉심장수술		개흉심장수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	어린이심장시술		심장시술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	선천이상Ⅱ 수술 (연간1회한)	특정 선천이상Ⅱ 수술보장	특정선천이상Ⅱ으로 수술을 받은 경우	특정선천이상Ⅱ수술 보장의 보험가입금액 (연간1회한)
		다발성 선천이상Ⅱ 수술보장	다발성선천이상Ⅱ으로 수술을 받은 경우	다발성선천이상Ⅱ수술 보장의 보험가입금액 (연간1회한)
	선천이상Ⅱ 수술	특정 선천이상Ⅱ 수술보장	특정선천이상Ⅱ으로 수술을 받은 경우	특정선천이상Ⅱ수술 보장의 보험가입금액
		다발성 선천이상Ⅱ 수술보장	다발성선천이상Ⅱ으로 수술을 받은 경우	다발성선천이상Ⅱ수술 보장의 보험가입금액
	특정선천이상Ⅱ수술 (최초1회한)		특정선천이상Ⅱ으로 수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초1회한)
암직접치료통원일당 (상급종합병원)		암(유사암 제외)의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에서 통원 치료를 받은 경우 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 직접치료를 목적으로 상급종합병원에서 통원치료를 받은 경우	통원 1회당 특약가입금액 (1일 통원당 1회한)	

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액	
질 병 관 련 보 장	120대 질 병 수 술 II	질병수술1 (26대질병 II)	‘26대질병 II’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 질병수술 1(26대질병 II)보장의 가입금액
		질병수술2 (58대질병 II)	‘58대질병 II’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 질병수술 2(58대질병 II)보장의 가입금액
		질병수술3 (24대질병)	‘24대질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 질병수술 3(24대질병)보장의 가입금액
		치핵수술	‘치핵’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 치핵수술 보장의 가입금액
		갑상선관련질병 수술	‘갑상선관련질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 갑상선관련질병 보장의 가입금액
		다발성10대질병 수술	‘다발성10대질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 다발성10대질병 보장의 가입금액
	다발성질병수술 (3대질병)		‘3대질병’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
	5대기관질병수술II (관혈/비관혈) (연간1회한)		‘5대기관질병’ (뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)으로 ‘관혈수술’을 받은 경우	특약가입금액(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환 각각 연간1회한)
		‘5대기관질병’ (뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환)으로 ‘비관혈수술’을 받은 경우	특약가입금액(뇌혈관질환, 심장질환, 간질환, 신장질환, 폐질환 각각 연간1회한)	

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	인공와우이식수술		특약가입금액 (최초1회한)
	다빈치로봇 암수술 (최초1회한) (갱신형)	다빈치로봇 암수술 (갑상선암 및 전립선암제외)	‘암(갑상선암및전립선암제외)’ 으로 진단확정되고 그 ‘암(갑상선암및전립 선암제외)’ 의 치료를 직접적인 목적 으로 ‘다빈치로봇암수술’ 을 받은 경 우
		다빈치로봇 암수술 (갑상선암 및 전립선암)	‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’ 으로 진단확정되고 그 ‘갑상선암’ 또는 ‘전립선암’ 의 치료를 직접적인 목적 으로 ‘다빈치로봇암수술’ 을 받은 경 우
	표적항암약물허가치료 (갱신형)		암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘표적항암약물허가치료’ 를 받은 경우
			기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으 로 ‘표적항암약물허가치료’ 를 받은 경우
	표적항암약물 허가치료 (연간1회한) (갱신형)		암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘표적항암약물허가치료’ 를 받은 경우
		기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으 로 ‘표적항암약물허가치료’ 를 받은 경우	특약가입금액 (연간 1회한)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	암수술	암(유사암 제외) 치료를 직접적인 목적으 로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계 성종양의 치료를 직접적인 목적으로 수술 을 받은 경우	
	조혈모세포이식수술	수혜자로서 관련법규에 따라 정부에서 인 정한 무균실이 있는 골수이식의료기관에 서 조혈모세포이식 시술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	호흡기관련질병수술	호흡기관련질병의 치료를 직접적인 목적 으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
	자녀10대질병수술	자녀10대질병의 치료를 직접적인 목적으 로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
	뇌혈관질환수술	뇌혈관질환으로 수술을 받은 경우	수술1회당 특약가입금액
	항암방사선(양성자) 치료(갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(양성자)치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되 고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방 사선(양성자)치료를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한)
	항암방사선 (세기조절) 치료(갱신형)	암(기타피부암, 갑상선암 제외)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절)치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되 고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방 사선(세기조절)치료를 받은 경우	특약가입금액 (각각 최초 1회한)

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	암호르몬 약물치료 (갱신형)	항암 호르몬 약물 허가치료	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료’ 를 받은 경우	‘항암호르몬 약물허가치료’ 보 장 가입금액 (최초 1회한)
			기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘항암호르몬약물허가치료’ 를 받은 경우	‘항암호르몬 약물허가치료’ 보 장 가입금액의 20% (각각 최초 1회한)
		갑상선암 수술후 호르몬 약물치료	갑상선암으로 진단확정되고, 그 갑상선암의 수술 후 ‘갑상선암수술후 호르몬약물치료’ 를 받은 경우	‘갑상선암수술후 호르몬약물치료’ 보장 가입금액 (최초 1회한)
	독감(인플루엔자) 항바이러스제치료 (연간1회한)(갱신형)		‘독감(인플루엔자)’ 으로 ‘독감 항바이러스제’ 를 처방받은 경우	특약가입금액 (연간 1회한)
	카티(CAR-T) 항암약물허가치료 (연간1회한)(갱신형)		‘카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증’으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 ‘카티(CAR-T)항암약물허가치료’ 를 받은 경우 *카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증 : ‘암’ 중 카티(CAR-T)치료제의 안정성과 유효성 인정범위에 따라 투약 처방이 가능한 ‘암’	특약가입금액 (연간 1회한)
	혈전용해 치료비 II	뇌졸중 혈전용해 치료비	뇌졸중으로 혈전용해치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
		특정심장 질환 혈전용해 치료비	특정심장질환으로 혈전용해치료를 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	3대질환전신마취수 술		‘3대질환’ 의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우	보장의 보험가입금액
			‘3대질환’ 의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 4시간 이상의 수술을 받은 경우	보장의 보험가입금액

구 분			지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	내향성손발톱치료 (소독,도포및봉대치료 제외)(연간1회한)		‘내향성손발톱’ 으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 ‘내향성손발톱 치료’ 를 받은 경우	특약가입금액 (연간 1회한)
	난청(노년난청제외) 진단		‘난청(노년난청제외)’ 으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	요로결석진단		‘요로결석’ 으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	심자인대수술 (연간1회한,급여)		‘심자인대질환’ 으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 ‘심자인대수술(급여)’ 을 받는 경우	특약가입금액 (연간 1회한)
	턱장애약물치료 (30일이상약물처방)		‘턱장애’ 로 진단 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 ‘턱장애 약물’ 을 30일이상 처방 받은 경우 ※ 보험나이 3세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	질병악안면수술 (연간1회한,급여)		질병으로 ‘악안면수술(급여)’ 을 받은 경우 ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 15세 계약해당일임	특약가입금액 (연간 1회한)
	특정바이러스질환진단		‘특정바이러스질환’ 으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	성조숙증II약제치료 (연간1회한,급여)		‘성조숙증II’ 으로 진단 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 ‘성조숙증II약제치료(급여)’ 를 받은 경우 ※ 보험나이 5세 이전 가입자의 경우, 보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일임	특약가입금액 (연간 1회한)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '1종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (1종)' 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '2종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (2종)' 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '3종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (3종)' 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '4종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (4종)' 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '5종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (5종)' 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '6종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (6종)' 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '7종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (7종)' 보장의 보험가입금액
	질병으로 '1-8종 수술 및 시술 분류표' 에서 정한 '8종' 수술 및 시술(급여)을 받은 경우	'질병수술(시술포함) (8종)' 보장의 보험가입금액
	질병수술 (시술포함) (1-8종) (급여)	

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	뇌정위적방사선수술 (연간1회한,급여)	'급여 뇌정위적방사선수술' 을 받은 경우 특약가입금액 (연간 1회한)
	암MRI촬영검사 (연간1회한,급여)	'암' 의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 '급여MRI검사' 를 받은 경우 특약가입금액 (연간 1회한)
	일과성뇌허혈발작진단	'일과성뇌허혈발작' 으로 진단확정된 경우 특약가입금액 (최초1회한)
	갑상선기능저하증진단	'갑상선기능저하증' 으로 진단확정된 경우 특약가입금액 (최초1회한)
	갑상선항진증치료 (최초1회한)	'갑상선기능항진증' 으로 진단확정되고 '갑상선기능항진증치료' 를 받은 경우 특약가입금액 (최초1회한)
	질병MRI검사지원비 (연간1회한, 급여)	질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병MRI검사' 에 해당하는 의료행위를 받은 경우 특약가입금액 (연간1회한)
	질병CT검사지원비 (연간1회한, 급여)	질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 '급여 질병CT검사' 에 해당하는 의료행위를 받은 경우 특약가입금액 (연간1회한)
	희귀질환자 산정특례대상	'희귀질환자 산정특례대상질환' 으로 진단확정되고 '산정특례 신규등록' 이 된 경우 특약가입금액 (최초1회한)
	중증난치질환자 산정특례대상	'중증난치질환자 산정특례대상질환' 으로 진단확정되고 '산정특례 신규등록' 이 된 경우 특약가입금액 (최초1회한)
	결핵질환자 산정특례대상	결핵질환자 산정특례대상질환' 으로 진단확정되고 '산정특례 신규등록' 이 된 경우 특약가입금액 (최초1회한)

구 분		지 급 사 유		지 급 금 액
질 병 관 련 보 장	중증질환자 (신규암) 산정특례대상	산정특례 대상(신규암 (유사암 및 소액암제외)) 보장	‘중증질환자(암) 산정특례 대상질환(유사암 및 소액암 제외)’으로 진단확정되고, ‘중증질환자(암) 산정특례 대상질환(유사암 및 소액암 제외)’으로 ‘산정특례 신 규암 등록’이 된 경우	‘산정특례 대상(신규암(유사암및 소액암제외)) 보장 ‘의 보험가입금액 (최초 1회한)
		산정특례 대상 (신규암 (소액암)) 보장	‘소액암’으로 진단확정되 고, ‘소액암’으로 ‘산정 특례 신규암 등록’이 된 경 우	‘산정특례 대상(신규암(소액암)) 보장 ‘의 보험가입금액 (최초 1회한)
		산정특례 대상 (신규암 (유사암)) 보장	‘유사암’으로 진단확정되 고, ‘유사암’으로 ‘산정 특례 신규암 등록’이 된 경 우	‘산정특례 대상(신규암(유사암)) 보장 ‘의 보험가입금액 (최초 1회한)
	중증질환 자 (중복암 및 재등록암) 산정특례대상	산정특례 대상(중복암) 보장	‘중증질환자(암) 산정특례 대상질환’으로 진단확정되 고, ‘중증질환자(암) 산정 특례대상질환’으로 ‘산정 특례 중복암 등록’이 된 경 우	‘산정특례대상 (중복암)보장’의 보험가입금액 (최초1회한)
		산정특례 대상 (재등록암) 보장	보장개시일 이후 ‘중증질환 자(암) 산정특례대상질환’ 으로 진단확정되고, ‘중증 질환자(암) 산정특례대상질 병’으로 ‘산정특례 재등록 암 등록’이 된 경우	‘산정특례대상 (재등록암)보장 ‘의 보험가입금액 (최초1회한)
	보험료납입지 원 (유사암진단 (양성뇌종양포 함))	‘유사암(양성뇌종양포함)’으로 진단 확정된 경우(최초 1회한)		

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 및 질 병 관 련 보 장	5대장기이식 수술	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 5대장기(간장, 신장, 심장, 췌장, 폐 장)에 대한 장기이식수술을 받은 경 우	특약가입금액 (최초 1회한)
	각막이식수술	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 각막이식수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	갑상치료	상해 또는 질병으로 갑상치료를 받은 경우(부목치료 제외)	특약가입금액 (1사고당 또는 하나의 질병당)
	응급실내원 진료비Ⅱ(응급)	응급환자로 응급실에 내원하여 진료 를 받은 경우	특약가입금액
	중증질환자(뇌혈관)산정 특례대상 (연간1회한), 중증질환자(뇌혈관)산정 특례대상 (연간1회한)(갱신형)	상해 또는 질병으로 ‘중증질환자(뇌 혈관) 산정특례대상’ 으로 등록된 경 우	특약가입금액 (연간 1회한)
	중증질환자(심장) 산정특례대상 (연간1회한), 중증질환자(심장) 산정특례대상 (연간1회한)(갱신형)	상해 또는 질병으로 ‘중증질환자(심 장) 산정특례대상’ 으로 등록된 경우	특약가입금액 (연간 1회한)
	골절탈구 도수정복술지원 (연간1회한, 급여)	상해 또는 질병으로 ‘급여 골절탈구 도수정복치료’ 를 받은 경우	특약가입금액 (연간 1회한)
	전신마취 수술	전신마취수술 (6시간이상)	상해 또는 질병의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 6시간 이상의 수술을 받은 경우
전신마취수술 (4시간이상)		상해 또는 질병의 직접적인 치료를 목적으로 전신마취를 하고 마취시간 4시간 이상의 수술을 받은 경우	‘전신마취수술 (4시간이상)’ 보장의 보험가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상 해 및 질 병 관 련	창상종합술 (안면/경부) (1일1회, 연간3회한,급여)	질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상 종합술(급여)(안면/경부)(A형)’ 을 받는 경우 ‘창상종합술(급여) (안면/경부)(A형)’ 보장의 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한)
		질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상 종합술(급여)(안면/경부)(B형)’ 을 받는 경우 ‘창상종합술(급여) (안면/경부)(B형)’ 보장의 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한)
		질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상 종합술(급여)(안면/경부)(C형)’ 을 받는 경우 ‘창상종합술(급여) (안면/경부)(C형)’ 보장의 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한)
	창상종합술 (안면/경부외) (1일1회, 연간3회한,급여)	질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상 종합술(급여)(안면/경부외) (A형)’ 을 받는 경우 ‘창상종합술(급여) (안면/경부외)(A형)’ 보장의 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한)
		질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상 종합술(급여)(안면/경부외) (B형)’ 을 받는 경우 ‘창상종합술(급여) (안면/경부외)(B형)’ 보장의 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한)
		질병 또는 상해로 입원 또는 통원하여 ‘창상 종합술(급여)(안면/경부외) (C형)’ 을 받는 경우 ‘창상종합술(급여) (안면/경부외)(C형)’ 보장의 보험가입금액 (1일1회, 연간3회한)
	8대장애진단	장애 8대장애 중 하나 이상의 장애가 발 생하고 장애인 복지법 시행령 제2조 에 따라 장애인으로 등록 된 경우 ‘8대장애진단(장애) , 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)
		심한장애 8대장애 중 하나 이상의 장애가 발 생하고 장애인복지법 시행규칙 및 보건복지부 고시 ‘장애정도판정기 준’ 에서 정한 ‘장애의 정도가 심 한 장애인’ 으로 장애인 복지법 시 행령 제2조에 따라 장애인으로 등록 된 경우 ‘8대장애진단 (심한장애)’ 보장의 보험가입금액 (최초 1회한)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
비 용 손 해 보 장	자동차사고 (스쿨존내교통사고)	스쿨존내 교통사고로 인한 상해를 입 은 경우 특약가입금액
	유괴·납치· 불법감금피해	타인에 의해 유괴, 납치, 불법감금 등으로 억류 상태에 놓이게 되어 관 할 행정기관에 신고한 시점부터 72시 간이 경과한 시점까지 구출, 억류해 제 되지 않은 경우 신고 시점부터 1일당 특약가입금액 (90일 한도)
	미성년성폭력 범죄피해	성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기 관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되 고 검찰의 처분결정이 내려진 경우 특약가입금액
	강력범죄피해 (사망제외)	일상생활중 강력범죄에 의하여 신체 에 피해를 입은 경우(단, 상해, 폭 행, 폭력 등의 경우 1개월을 초과하 는 치료를 요하는 경우) 특약가입금액
	폭력피해 (사망제외)	폭력피해에 의하여 신체에 피해가 발 생하였을 경우 특약가입금액

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
비 용 손 해 보 장	부정교합치료	Angle씨 부정교합(不正咬合) 분류법의 II 급 또는 III급으로 치과의사에 의하여 판정 받고 그로 인하여 교정치료가 필요하다는 치과의사의 진단이 있는 경우 (단, 단순치열교정은 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	시력치료	안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 -6.25디옵터(Diopter) 이상의 고도근시 또는 +4.25 (Diopter) 이상의 고도원시로 판정되었을 경우 (단, 난시의 굴절도는 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	시력교정	안과의사의 진단에 의하여 한쪽 눈 이상의 굴절도가 ± 2 디옵터(Diopter) 이상의 굴절이상으로 판정되었을 경우 (단, 난시의 굴절도는 제외) ※ 보장개시일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일임	특약가입금액 (최초 1회한)
	의료사고 법률비용	의료법 제3조에서 정한 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우	변호사 착수금의 80% 해당액으로 1사고당 특약가입금액 한도 (단, 1심에 한함)

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
비용 손 해 보 장	가족법률비용 손해II(의료과오)	피보험자에게 의료과오와 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료되고 피보험자가 소송비용을 부담하는 것으로 판결 또는 결정이 내려진 경우	<ul style="list-style-type: none">- 변호사비용(변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용의 130% 한도 내에서 실제 부담한 피보험자의 변호사 보수액 중 자기부담금 10만원을 초과하는 금액) : 1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 10만원)- 상대방변호사비용(변호사보수의 소송비용 산입에 관한 규칙'에 정한 변호사비용의 한도 내에서 실제 부담한 상대방의 변호사 보수액 중 피보험자가 부담하는 소송 상대방 변호사 비용의 30%를 초과하는 금액) : 1,500만원 한도 (1사고당 자기부담금 : 피보험자가 부담하는 소송 상대방 변호사 비용의 30%)- 인지액+송달료 : 500만원 한도
	학교폭력 피해치료	피보험자에게 '학교폭력'으로 피해가 발생하고 '학교폭력대책심의위원회' 심의 결과에 따라 '학교폭력피해치료'가 결정된 경우	특약가입금액
배 상 책 임 보 장	일상생활중 배상책임IV (가족)(누수 사고포함) (갱신형)	피보험자 본인 및 가족이 일상생활중 타인의 신체에 장해 또는 재물에 손해를 입힘으로써 법률상의 배상책임을 부담하는 경우	대인/대물(누수)/대물(누수이외) 사고로 구분하여 각각 보험증권에 기재된 금액 한도 (자기부담금 : 대인/대물(누수)/대물(누수이외) 사고로 구분하여 보험증권에 기재된 금액)
	일상생활중 배상책임IV (가족)(누수 사고제외) (갱신형)	피보험자 본인 및 가족이 일상생활중 타인의 신체에 장해 또는 재물에 손해(누수사고제외)를 입힘으로써 법률상의 배상책임을 부담하는 경우	대인/대물(누수이외) 사고로 구분하여 각각 보험증권에 기재된 금액 한도 (자기부담금 : 대인/대물(누수이외) 사고로 구분하여 보험증권에 기재된 금액)

구 분		지 급 사 유		지 급 금 액
간 병 인 사 용 관 련 보 장	간병인사용 상해입원일당Ⅶ (1-180일) 간병인사용 상해입원일당Ⅷ (1-180일)(갱신형)	상해입원 간병인사용 급여금 (요양병원 및 의원 제외)	상해로 병원(요양병 원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	8만원 미만
				8만원 이상
		상해입원 간병인사용 급여금 (요양병원 및 의원)	상해로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	간병인 사용 1일당 '상해입원간병인사용 급여금(요양병원 및 의원 제외)' 보장 보험가입금액
		상해입원 간호·간병 통합 서비스(일반 병동/재활병 동)사용급여 금	상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(일 반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우	간호·간병통합서비스 사용 1일당 '상해입원간호 ·간병통합서비스(일반 병동/재활병동)사용금 여금' 보장 보험가입금액
			상해로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(재 활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우	

구 분		지 급 사 유		지 급 금 액
간 병 인 사 용 관 련 보 장	간병인사용 질병입원일당Ⅶ (1-180일) 간병인사용 질병입원일당Ⅷ (1-180일)(갱신형)	질병입원 간병인사용 급여금 (요양병원 및 의원 제외)	질병으로 병원(요양 병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	8만원 미만
				8만원 이상
		질병입원 간병인사용 급여금 (요양병원 및 의원)	질병으로 요양병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우	간병인 사용 1일당 '질병입원간병인사 용급여금(요양병원 및 의원)' 보장 보험가입금액
		질병입원 간호·간병 통합서비스 (일반병동/ 재활병동) 사용급여금	질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(일 반병동)를 사용하여 치료를 받은 경우	간호·간병통합서비 스사용 1일당 '질병입원간호· 간병통합서비스(일반 병동/재활병동)사용 급여금' 보장 보험가입금액
			질병으로 병원(요양병원 제외)에 입원하고, 간호·간병통합서비스(재 활병동)를 사용하여 치료를 받은 경우	

<부양자 및 임신·출산질환 관련 특별약관>

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상해사망(부양자)	부양자가 상해로 사망시	특약가입금액
상해후유장해(부양자)	부양자가 상해로 장해지급률이 3% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 × 후유장해지급률
상해후유장해 (80%이상)(부양자)	부양자가 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
질병사망(부양자)	부양자가 질병으로 사망시	특약가입금액
질병후유장해 (80%이상)(부양자)	부양자가 질병으로 80%이상 후유장해시	특약가입금액 (최초 1회한)
암진단 II (유사암제외) (부양자)	부양자가 보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단확정된 경우 ※ 유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 경계성종양, 제자리암	특약가입금액 (최초 1회한)
유사암진단(양성뇌종양포함)(부양자)	‘유사암(양성뇌종양포함)’으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
보험료납입지원 (6대질병진단) (부양자)	부양자가 보장개시일 이후 암(‘유사암’ 제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간경화 또는 말기폐질환으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)

부양자
관련
보장

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
모성사망	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병으로 사망시	특약가입금액
유산진단	부양자(母)가 유산으로 진단 확정된 경우	특약가입금액
특정고위험산모질환진단	부양자(母)가 특정고위험산모질환으로 진단 확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
유산입원일당 (1-120일)	부양자(母)가 유산으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
유산수술	부양자(母)가 유산으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
임신·출산질환 입원일당(1-120일)	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 임신·출산질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (120일 한도)
임신·출산관련 고혈압·당뇨병 입원일당(1-120일)	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 임신·출산관련 고혈압·당뇨병으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 특약가입금액 (120일한도)
임신·출산 질환수술	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 임신·출산질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액
치핵(임신및산후기 포함) 수술보험금	부양자(母)가 보험기간중에 ‘치핵(임신및산후기포함)’의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 특약가입금액

임신·출산
질환
관련
보장

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
임신출산질환관련보장	여성산과 자궁적출수술	부양자(母)가 임신중 또는 출산후 42일 이내에 여성산과관련 특정질병으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 자궁적출수술을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	임신중독증진단	부양자(母)가 임신중독증으로 진단확정 된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
	태반조기 분리진단	부양자(母)가 태반조기분리로 진단확정 된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
	출산전 선별검사 이상소견진단	부양자(母)가 출산전 선별검사 결과, 태 아를 대상으로 ‘이상소견’ 으로 최초로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
	다운증후군 출산	부양자(母)로부터 태어난 자녀가 다운증 후군으로 진단확정된 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	분만전후출혈 ·수혈진단	부양자(母)가 분만전후출혈로 진단 확정 되고 수혈을 받은 경우	특약가입금액 (최초 1회한)
	특정임신중 당뇨병진단	부양자(母)가 특정임신중당뇨병으로 진 단확정된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
	양수색전증진단	부양자(母)가 양수색전증으로 진단확정 된 경우	특약가입금액 (최초1회한)
응급실내원진료비 Ⅲ(응급)	응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우	특약가입금액	

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액	
실손의료보장	임신·출산질환 실손 임원의료비 (통상분만일수제외)	부양자(母)가 보험기간 중 약관에서 정한 임신·출산질환으로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우	<임원실료, 임원제비용, 수술비> '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여 ^{주1)} 를 합한 금액 (본인이 실제로 부담한금액)의 80% 해당액 (단, 20%해당액이 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) 주1) 상급병실료 차액 제외	특약가입금액 (1천만원) (상급병실료 차액은 보험가입금액의 10%) 한도내에서 보상
			<상급병실료 차액> 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(단, 1일 평균금액 ^{주2)} 10만원 한도) 주2) 1일 평균금액 : 상급병실료차액 전체를 총 입원일수로 나눈 금액	다만, 분만임원의 경우에는 총입원일수가 통상분만일수(자연분만 4일, 제왕절개8일)를 초과하는 경우에만 한하여 통상분만임원일수를 총입원일수로 나눈 비율을 추가로 제외한 후의 금액을 보험가입금액(상급병실료 차액은 보험가입금액의 10%)의 한도내에서 보상

※ 분만임원 보상에시

총 의료비 200만원
(사례1) 유산으로 3일 입원시 : 160만원 지급 $200\text{만} \times 80\% = 160\text{만}$, 통상분만임원일수 적용 제외
(사례2) 자연분만으로 3일 입원시 : 보상하지 않음 입원일수 3일 < 자연분만 통상분만임원일수 4일
(사례3) 제왕절개로 10일 입원시 : 32만원 지급 $200\text{만} \times 80\% \times \frac{(\text{총입원일수}(10\text{일}) - \text{통상분만임원일수}(8\text{일}))}{\text{총입원일수}(10\text{일})} = 32\text{만}$

※ 위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여 항목 포함)