



구분	지급사유		지급금액
21대다빈도 생활질병 급여수술 급여금	간편 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “21대다빈도생활질병”의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 1년 미만에 “급여수술”을 받았을 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	일반 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “21대다빈도생활질병”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)	

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

※ 21대다빈도생활질병 : 1. 백내장, 2. 중이 및 유도의 질환, 3. 내이의 질환, 4. 황반변성, 5. 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 6. 손목터널증후군, 7. 단일신경병증, 8. 림프절염, 9. 하지정맥류, 10. 폐질환, 11. 천식, 12. 비감염성 장염 및 결장염, 13. 치핵, 14. 요로결석, 15. 요실금, 16. 유방의 장애, 17. 다낭성 난소증후군, 18. 여성골반내기관의 염증성질환, 19. 여성생식관의 비염증성질환, 20. 후각특정질환, 21. 인후부위의 특정질환 (세부사항은 <부표2-3> 참조)

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
3. 이 약관에서 “급여수술”이라 함은 의사에 의하여 “21대다빈도생활질병”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사

의 관리하에 “신수술 분류표”(〈부표2-2〉 참조)에서 정한 수술코드에 해당하는 행위를 받는 경우를 말합니다.

4. 제3호의 “수술코드”란 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, “한국형 진단명기준환자군(Korean Diagnosis Related Group, KDRG)” 분류체계에 따라 부여된 “ADRG(Adjacent DRG)” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.
5. 약관상 “급여수술”의 정의에 포함되지 않는 “수술코드”에 해당하는 행위의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
6. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

부표2-2 |

신수술 분류표



별첨2 [표 120] 참조

부표2-3 |

21대다빈도생활질병 분류표



별첨2 [표 129] 참조

(간편)[기본]신수술특약 (무배당, 갱신형)



약 관 목 차

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 참조

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

- 제2-1조 특약의 보장개시
- 제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신
- 제2-1조의3 개별 용어의 정의
- 제2-1조의4 “급여수술”의 정의와 장소
- 제2-1조의5 “입원”의 정의와 장소
- 제2-1조의6 “통원”의 정의와 장소
- 제2-1조의7 보장계약 등의 정의

제2관 보험금의 지급

- 제2-2조 보험금의 지급사유
- 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제2-5조 사고증명서
- 제2-6조 보험금 받는 방법의 변경
- 제2-7조 보험수익자의 지정

제3관 특약의 성립과 유지

- 제2-8조 특약내용의 변경 등
- 제2-8조의2 “보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙
- 제2-8조의3 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경
- 제2-9조 특약의 소멸

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

제2-11조 해약환급금

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

[부표2-1] 보험금 지급기준표

[부표2-2] 수술보장대상 질병 및 재해분류표

[부표2-3] 신수술 분류표

(간편)[기본]신수술특약 (무배당, 갱신형)

- ※ 이 특약은 계약자의 선택에 의해 해당 보험료를 납입함으로써 보장이 가능합니다.
- ※ 계약자가 가입한 보험종목에 따라 특약 명칭은 다음과 같이 변경됩니다.
 - 일반심사형의 경우: “(간편)” 부분이 없습니다.
- ※ “간편심사형”과 “일반심사형” 모두 이 약관을 적용합니다.
- ※ 이 특약은 제2-1조의7(보장계약 등의 정의)에서 정한 총2개의 보장계약으로 구성되어 있습니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-13조까지를 이 특약 “제1편 일반사항”으로 합니다.

※ [특약 약관] “제1편 일반사항”의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 특약의 보장개시

- ① 회사는 이 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1-13조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)] 및 제2-8조의2[“보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙]에 따라 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우 이 특약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신

- ① 이 특약의 보험기간은 10년만기 또는 20년만기 갱신으로 하며, 제2항에 따라 이 특약이 갱신된 경우 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 “10년만기의 경우 10년”, “20년만기의 경우 20년” 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.
- ② 제1-9조(특약의 성립)에도 불구하고 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간(다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간으로 하며, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다) 만료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ④ 제2항에 따라 갱신된 특약에 대해서는 갱신 전 특약의 약관을 준용하며, 갱신시점의 유효한 보장계약을 동시에 갱신하여야 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 제2-9조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
 3. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신 시점의 나이 및 보험료 산출에 관한 기초율을 적용하여 계산하므로 변동될 수 있습니다.

계약자적립액

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율^(※)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

(※) 산출기초율 : 계약체결비용, 계약관리비용, 이율 및 위험률 등

- ⑦ 회사는 갱신계약의 변경내용 및 보험료 등을 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑧ 갱신계약의 각 보장계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

제2-1조의3 개별 용어의 정의

제1-2조(용어의 정의) 외에 이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

- 1. 의사 : 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정(<별첨 1> 참조)한 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자를 말하며, 한의사의 면허를 가진 자는 제외합니다.
- 2. 수술보장대상 질병 또는 재해 : <부표2-2> “수술보장대상 질병 및 재해분류표”에서 정한 질병 또는 재해를 말합니다.
- 3. 요양급여 : 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여를 말합니다.
- 4. 의료급여 : 「의료급여법」에서 정한 의료급여를 말합니다.
- 5. 수술코드 : <부표2-3> “신수술 분류표”에서 정한 수술코드를 말합니다.

제2-1조의4 “급여수술”의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 “급여수술”이라 함은 의사에 의하여 피보험자의 “수

술보장대상 질병 또는 재해”로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 “신수술 분류표”(〈부표2-3〉 참조)에서 정한 “수술코드”에 해당하는 행위를 받는 경우를 말합니다.

- ② 제1항의 “수술코드”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 수술항목에서 급여항목이 발생하고, “한국형 진단명기준환자군(Korean Diagnosis Related Group, KDRG)” 분류체계에 따라 부여된 “ADRG(Adjacent DRG)” 중 회사가 정한 코드를 말합니다.

한국형 진단명기준환자군(KDRG)

환자의 주진단명 및 기타진단명, 수술처치명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 질병군으로 분류하는 것을 말하며, 이 특약의 한국형 진단명기준환자군(KDRG)분류체계는 건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 KDRG 버전 4.5(2023.1.1 시행)의 ADRG분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

ADRG(Adjacent DRG)

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지 여부에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 시술명, 진단명 등에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

- ③ 제1항의 수술코드에서 향후 “KDRG”의 개정으로 동일한 수술에 대해 수술코드가 변경되는 경우 이 특약 체결 시점에서 정한 수술코드를 따릅니다. 다만, 이 특약 체결 시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 “신수술 분류표”(〈부표2-3〉 참조)의 구분에 준하여 수술코드를 결정합니다.

제3항 설명

- 특약 체결 시점에 간이식에 해당하는 수술코드는 A010(KDRG 버전 4.5)이었으나, 피보험자가 간이식 수술을 받은 시점의 수술코드가 A080(예시. KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 회사는 A010(KDRG 버전 4.5)에 해당하는 급여수술 급여금을 지급합니다.
- 회사는 피보험자가 수술받은 시점의 “주진단 범주(MDC)와 시술명”을 이 특약 체결 시점의 “KDRG”기준을 적용합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특약 체결 시점에서 급여항목으로 분류된 수술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술은 보장에서 제외됩니다.

제2-1조의5 “입원”의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “당일입원”이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제2-1조의6 “통원”의 정의와 장소

이 특약에 있어서 “통원”이라 함은 의사에 의하여 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의7 보장계약 등의 정의

이 특약은 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보장종류에 따라 “입원(당일입원 제외) 급여수술 보장계약”, “통원(당일입원 포함) 급여수술 보장계약”으로 이루어집니다. 계약자는 각 보장계약을 동시에 체결하여야 하며, 각 보장계약의 보험가입금액은 별도로 설정할 수 있습니다. (이하 각 보장계약을 합하여 “특약”이라 합니다)

1. 입원(당일입원 제외) 급여수술 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원(당일입원 제외) 급여수술급여금을 보장받기 위한 계약
2. 통원(당일입원 포함) 급여수술 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 통원(당일입원 포함) 급여수술급여금을 보장받기 위한 계약

※ 각 보장계약별 보장내용, 유지, 감액 등이 다르므로 각 조항을 꼭 확인하시기 바랍니다.

제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 각 보장계약에 해당하는 보험금(<부표2-1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

[입원(당일입원 제외) 급여수술 보장계약]

특약보험기간 중 「피보험자가 “수술보장대상 질병 또는 재해”로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 2일 이상 입원하여 “급여수술”」을 받았을 때 : 입원(당일입원 제외) 급여수술급여금 (입원 1회당 1회에 한함)

[통원(당일입원 포함) 급여수술 보장계약]

특약보험기간 중 「피보험자가 “수술보장대상 질병 또는 재해”로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 통원(당일입원 포함, 1일 1회에 한함)하여 “급여수술”」을 받았을 때 : 통원(당일입원 포함) 급여수술급여금 (통원(당일입원 포함) 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 3회에 한함)

제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

- ② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 재해는 특약보험기간 중 발생한 재해에 한하며, 특약보험기간 중 발생한 재해가 아닌 경우에는 보험금 지급사유 중 해당 재해와 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “간편심사형”에 한하여, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “급여수술”을 받았을 때에는 <부표2-1> “보험금 지급기준표”에서 정한 바에 따라 삭감하여 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한하여 급여수술급여금을 지급합니다.

제5항에 대한 설명

ADRG는 1회의 입원에 대하여 2가지 이상의 수술을 받더라도 KDRG에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성이 됩니다.

[예시]

피보험자가 입원을 하고 ‘치료적 자궁소파술(N141)’과 ‘복강경을 이용한 주요 자궁절제술(악성종양 제외)(N021)’을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 외과적 우선순위에 따라 생성되는 ADRG는 ‘복강경을 이용한 주요자궁절제술(악성종양 제외)(N021)’입니다.

- ⑥ 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑦ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일로부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 입원(당일입원 제외) 급여수술급여금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 제5항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재

건술(수술코드상 J051 또는 J052, 이하 동일)과 유방절제술(수술코드상 J061 또는 J062를 말하며, J063은 제외, 이하 동일)을 동시에 받은 것으로 확인되는 경우 회사는 유방재건술이 아니라 유방절제술에 해당하는 수술코드가 발생한 것으로 보아 해당 급여수술급여금만 지급합니다. 다만, 통원(당일입원 포함) 급여수술 보장계약의 경우, 그 수술코드(유방절제술)로 통원(당일입원 포함) 급여수술급여금을 지급받은 보장회수가 연간 3회를 초과하는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 해당 보장계약의 급여수술급여금을 지급하지 않습니다.

제8항에 대한 설명

피보험자가 입원을 하고 유방재건술(J051)과 유방절제술(J061)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 'ADRG'는 유방재건술(J051)입니다. 다만, 이 경우 회사는 제7항에 따라 유방재건술(J051)에 해당되는 수술급여금이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 수술급여금을 보장합니다.

- ⑨ 피보험자가 「국민건강보험법」에서 정한 “요양급여” 또는 「의료급여법」에서 정한 “의료급여”를 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술하였으나 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 보장에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우에 한하여 회사는 제2-1조의4(“급여수술”의 정의와 장소) 제1항에서 정한 “급여수술”에 포함하여 보장합니다.

[다음 제10항은 통원(당일입원 포함) 급여수술 보장계약에 한합니다.]

- ⑩ 통원(당일입원 포함) 급여수술급여금은 “수술코드당 연간 3회”를 지급한도로 합니다. 또한, “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는

상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 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

심신상실

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

제2-5조 사고증명서

- ① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진단서(병명, 분류코드, 수술명, 수술일자 포함), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 수가코드(EDI) 필수기입), 입원치료확인서, 통원치료확인서, 수술확인서(수술기록지 등), 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-7조 보험수익자의 지정

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.