

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”(〈부표2-2〉 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.

## 제2-1조의4 “입원”의 정의와 장소

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 질병 및 재해의 직접적

인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

## 제2-1조의5 “통원”의 정의와 장소

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

## 제2-1조의6 “암” 등의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-3> “대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)”에 해당하는 항목을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
  1. 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
  2. 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
  3. 제2-1조의7(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
  4. 제2-1조의8(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습방광암
  5. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사 의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration

biopsy)[다만, "갑상선암"의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

## 암

악성신생물(암)에서 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암을 제외한 암

## 유의사항

한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]에 해당하는 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위) 일차성 악성신생물(암)을 기준으로 이 약관에서 정한 바에 따라 보장여부 및 보험금 지급액을 결정합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

## 원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시

- C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C50[유방의 악성신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C16[위의 악성신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.

## 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

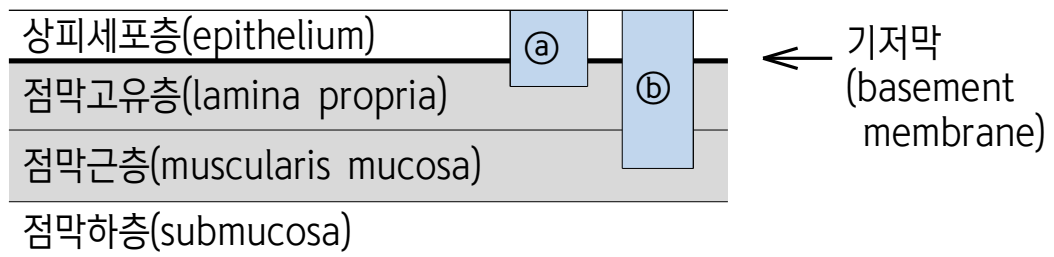
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

## 제2-1조의7 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18 ~ C20)에 해당하는 질병 중에서 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

### [ 대장점막내암 예시 ]



- 악성종양세포 침범깊이
- ① 악성종양세포가 점막고유층을 침범한 경우
  - ② 악성종양세포가 점막근층을 침범한 경우

- ② “대장점막내암”의 진단확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

## 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

### 제2-1조의8 “비침습방광암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “비침습방광암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 방광의 악성신생물(암)(C67)에 해당하는 질병 중에서 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습유두암(papillary carcinoma) 상태로 “AJCC 암병기설정매뉴얼 [AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제 8판”에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

#### [ 비침습방광암 예시 ]

이행상피세포층(transitional epithelium)	②	] 점막층
고유층(lamina propria)		
점막하층(submucosa)		
근육층(muscle)		

■ 악성종양세포 침범깊이

② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습방광암”의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습방광암”의 진단확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로

하며, 이 경우 "비침습방광암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

#### 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

### 제2-1조의9 “뇌혈관질환Ⅲ” 및 “심장질환”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환Ⅲ”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌혈관질환Ⅲ 분류표”(<부표2-4> 참조)에 해당하는 항목을 말합니다. 다만, 혈관성 치매 또는 외상성 두개내 출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② “뇌혈관질환Ⅲ”의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환Ⅲ”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

### 전산화단층촬영(CT)

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

### 자기공명영상(MRI)

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

### 뇌혈관조영술

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게 촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술

### 단일광자방출 전산화단층술(SPECT)

Single Photon Emission Computed Tomography.  $\gamma$ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

### 양전자방출단층술(PET)

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

### 뇌척수액 검사

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

- ③ 이 특약에 있어서 “심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류 중 “심장질환 분류표”(〈부표2-5〉 참조)에 해당하는 항목을 말합니다.
- ④ “심장질환”의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
  - 1. 특약보험기간 중 “심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우



2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 “심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

## 제2-1조의10 “14대질병”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “14대질병”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류 중 “14대질병 분류표”(<부표2-6 참조>)에서 정한 1. 기타피부암, 2. 갑상선암, 3. 제자리암, 4. 경계성종양, 5. 간질환, 6. 폐질환, 7. 신장질환, 8. 특정장질환, 9. 복막의 질환, 10. 췌장질환, 11. 동정맥질환, 12. 뇌전증, 13. 뇌하수체질환 또는 14. 파킨슨병에 해당하는 항목을 말합니다.

### 제자리암

암(종)세포가 상피와 기저막 사이를 벗어나지 못하고 상피 내부, 즉 제자리에 머물러 있는 신생물. 상피란 신체의 내부나 외부에 싸고 있는 조직을 말함.

### 경계성종양

양성 종양과 악성 종양의 중간 단계, 즉 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물

- ② 제1항에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리와 또는 진단검사의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[다만, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 제1항에서 정한 “제자리암” 및 “경계성종양”의 진단확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는



혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 "제자리암" 및 "경계성종양"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 "제자리암" 및 "경계성종양"으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

#### 제2항 및 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

- ⑥ 제1항에서 정한 "동정맥질환"의 진단 확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력 및 증상과 함께 혈액, 심전도검사, 혈관 도플러, 경동맥초음파, 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 혈관조영술, 초음파검사, (위)내시경 등을 이용하여, 검사 결과 "동정맥질환"으로 진단할 수 있는 객관적인 이상 소견을 보이는 경우 진단합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "동정맥질환"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑦ 제1항에서 정한 "뇌전증"의 진단확정은 의료기관의 의사에 의해 내려져야 하며 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등을 기초로 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 "뇌전증"으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑧ 제1항에서 정한 "파킨슨병"의 진단확정은 의료기관의 신경과전문의에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 자기공명영상(MRI), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사 등을 기초

로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 피보험자가 “파킨슨병”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- ⑨ 제1항에서 정한 “간질환”, “폐질환”, “신장질환”, “특정장질환”, “복막의 질환”, “췌장질환” 또는 “뇌하수체질환”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

## 제2-1조의11 “17대심한상해”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “17대심한상해”라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “17대심한상해 분류표”(〈부표2-7 참조〉)에서 정한 1. 뇌신경 손상, 2. 두개내 손상, 3. 목부위 손상, 4. 흉부부위 손상, 5. 심장 손상, 6. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관 손상, 7. 흉부 손상, 8. 복부 손상, 9. 복강내 손상, 10. 비뇨 및 골반 손상, 11. 어깨 및 위팔부위 신경손상, 12. 아래팔 신경손상, 13. 손목 및 손 신경손상, 14. 엉덩이 및 대퇴부위 신경손상, 15. 아래다리부위신경손상, 16. 발목 및 발부위 신경손상, 17. 기타손상에 해당하는 항목을 말합니다.
- ② “17대심한상해”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

## 제2-1조의12 “10대양성종양”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “10대양성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “10대양성종양 분류표”(〈부표2-8 참조〉)에서 정한 1. 소화계통의 양성신생물, 2. 중이·호흡기계통 및 흉곽의 양성신생물, 3. 골 및 관절연골의 양성신생물, 4. 조직의 양성신생물, 5. 유방의 양성신생물, 6. 여성생식기의 양성종양, 7. 남성생식기의 양성종양, 8. 비뇨기관의 양성신생물, 9. 갑상선의 양성신생물, 10. 기타 및 상세불명의 내분비선의 양성신생물에 해당하는 항목을 말합니다.
- ② “10대양성종양”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

## 제2-1조의13 “26대생활질병”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “26대생활질병”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “26대생활질병 분류표”(〈부표2-9 참조〉)에서 정한 1. 고혈압, 2. 당뇨, 3. 갑상선질환, 4. 부갑상선질환, 5. 만성부비동염(축농증), 6. 편도염, 7. 중추신경계통의 염증성질환, 8. 다발경화증, 9. 수면무호흡, 10. 안면신경장애, 11. 뇌성마비, 12. 마비, 13. 자율신경계통의 장애, 14. 녹내장, 15. 위·십이지장궤양, 16. 충수질환, 17. 탈장, 18. 크론병, 19. 담석증, 20. 담낭·담도질환, 21. 사구체질환, 22. 신세뇨관-간질질환, 23. 신장 및 요관의 기타장애, 24. 비뇨기계통의 기타질환, 25. 전립선질환, 26. 남성생식기의 질환에 해당하는 항목을 말합니다.
- ② “26대생활질병”의 진단확정은 의사가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

## 제2-1조의14 보장계약 등의 정의

이 특약은 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보장종류에 따라 “3대질환 급여수술 보장계약”, “14대질환 급여수술 보장계약”, “17대심한상해 급여수술 보장계약”, “10대양성종양및26대생활질병 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. 3대질환 급여수술 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 3대질환 급여수술급여금을 보장받기 위한 계약
2. 14대질환 급여수술 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 14대질환 급여수술급여금을 보장받기 위한 계약
3. 17대심한상해 급여수술 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 17대심한상해 급여수술급여금을 보장받기 위한 계약
4. 10대양성종양및26대생활질병 급여수술 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 10대양성종양및26대생활질병 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 지급 기준표” 참조)을 지급합니다.

#### [간편심사형]

##### [3대질병 급여수술 보장계약]

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 3대질병 급여수술급여금(입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)을 지급합니다.

1. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때
2. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “뇌혈관질환Ⅲ” 또는 “심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때

##### [14대질병 급여수술 보장계약]

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “14대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 14대질병 급여수술급여금 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)

##### [17대심한상해 급여수술 보장계약]

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “17대심한상해”의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 17대심한상해 급여수술급여금 (입원 또는 통

원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)

#### **[10대양성종양및26대생활질병 급여수술 보장계약]**

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “10대양성종양” 또는 “26대생활질병”의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 10대양성종양및26대생활질병 급여수술급여금 (다만, 10대양성종양, 26대생활질병 각각 입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 각각 1회에 한함)

### **[일반심사형]**

#### **[3대질병 급여수술 보장계약]**

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, “뇌혈관질환Ⅲ” 또는 “심장질환”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 3대질병 급여수술급여금 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)

#### **[14대질병 급여수술 보장계약]**

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “14대질병”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 14대질병 급여수술급여금 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)

#### **[17대심한상해 급여수술 보장계약]**

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “17대심한상해”의 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 17대심한상해 급여수술급여금 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)

#### **[10대양성종양및26대생활질병 급여수술 보장계약]**

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “10대양성종양” 또는 “26대생활질병”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 10대양성종양및26대생활질병 급여수술급여금 (다만, 10대

양성종양, 26대생활질병 각각 입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 각각 1회에 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 재해는 특약보험기간 중 발생한 재해에 한하며, 특약보험기간 중 발생한 재해가 아닌 경우에는 보험금 지급사유 중 해당 재해와 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “간편심사형”에 한하여, 계약일부터 1년 미만에 “급여수술”을 받았을 때에는 <부표2-1> “보험금 지급 기준표”에서 정한 바에 따라 삭감하여 지급합니다.(다만, 17대심한상해 급여수술 보장계약 제외)
- ④ 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 급여수술 급여금을 지급합니다.

### 제4항 설명

ADRG는 1회의 입원 또는 제1회의 통원에 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.

- ⑤ 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.

- ⑥ 보험기간이 끝난 때에도 피보험자가 계속입원 중에 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑦ 제4항에도 불구하고 진료비 세부내역서 등을 통해 피보험자가 유방재건술(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, 그 수술코드(유방절제술)로 보장계약별 급여수술급여금을 지급받은 보장횟수가 연간 1회를 초과하는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 해당 보장계약의 급여수술급여금을 지급하지 않습니다.

#### 제7항 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.

- ⑧ 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 제2-1조의3(“급여수술”의 정의와 장소) 1항에서 정한 “급여수술”에 포함하여 보장합니다.
- ⑨ 각 보장계약별 급여수술급여금은 “수술코드당 연간 1회”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.
- ⑩ 피보험자가 특약보험기간 중 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진