

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 특약보험가입금액은 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 의사의 면허를 가진 자를 말하며, 치과의사 및 한의사의 면허를 가진 자는 제외합니다.
- 2. 요양급여 : 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여를 말합니다.
- 3. 의료급여 : 「의료급여법」에서 정한 의료급여를 말합니다.
- 4. 수술코드 : <부표2-2> “신수술 분류표”에서 정한 수술코드를 말합니다.

제2-1조의4 “급여수술”의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 “급여수술”이라 함은 의사에 의하여 “9대관절척추질환”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정되는 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 “신수술 분류표”(<부표2-2> 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”(〈부표2-2〉 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.

제2-1조의5 “입원”의 정의와 장소

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

제2-1조의6 “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.

제2-1조의7 “9대관절척추질병”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “9대관절척추질병”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-3> “9대관절척추질병 분류표”에서 정한 1. 관절염, 2. 전신결합조직장애, 3. 근육 및 조직의 장애, 4. 척추변형, 5. 척추병증, 6. 추간판장애, 7. 골다공증, 8. 뼈의 병증, 9. 연골병증에 해당하는 항목을 말합니다.
- ② “9대관절척추질병”의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 내려져야 합니다.

제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

[간편심사형]

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “9대관절척추질병”의

직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 9대관절척추질병 급여수술급여금 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 1회에 한함)

[일반심사형]

특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “9대관절척추질병”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 직접적인 치료를 목적으로 입원 또는 통원(1일 1회의 통원에 한함)하여 “급여수술”을 받았을 때 : 9대관절척추질병 급여수술급여금 (입원 또는 통원 1회당 1회에 한하며, 수술코드당 연간 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 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 “간편심사형”에 한하여, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 “급여수술”을 받았을 때에는 <부표2-1> “보험금 지급기준표”에서 정한 바에 따라 삭감하여 지급합니다.
- 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 급여수술급여금을 지급합니다.

제4항에 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.

- 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 급여수술급여금을 지급받은 보장횟수가 연간 1회를 초과하는 경우에는 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 해당 급여수술급여금을 지급하지 않습니다.

제7항에 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 급여금이 아니라 유방절제술(J061)에 해당하는 급여금을 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 제2-1조의4(“급여수술”의 정의와 장소) 제1항에서 정한 “급여수술”에 포함하여 보장합니다.

- ⑨ 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.

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.

법정상속인

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속 순서에 따라 상속받는 자

민법 제 1000조(상속의 순위)

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1001조(대습상속)

전조 제1항 제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1003조(배우자의 상속순위)

- ① 피상속인의 배우자는 제1000조 제1항 제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 지급하는 해약환급금이 없을 수도 있으며, 감액 이후 보험금 및 해약환급금은 최초 가입 당시에 안내한 금액보다 적을 수 있습니다.

감액처리에 대한 설명

[감액]

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

[보험가입금액을 감액할 때의 해약환급금 지급 예시]

보험가입금액을 감액할 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있는 경우 아래 예시와 같이 해약환급금을 지급합니다.

구 분	감액전	감액후
보험가입금액	1,000만원	500만원
감액시점의 해약환급금	400만원	200만원
감액할 때 지급금액	200만원 (= 400만원 - 200만원)	

제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경

- ① 회사는 “KDRG”, “국민건강보험 및 의료급여 관련 법령 및 규정”이 폐지 또는 개정되어 이 특약의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 계약자에게 안내합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 변경사항을 안내할 경우 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내용, 보험료 변경내용, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자

에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라 합니다)에서 정한 바에 따라 특약내용 변경시점의 이 특약의 계약자 적립액을 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

- ④ 제1항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑤ 제1항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2-9조 특약의 소멸

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-5조(보험금 등의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-6조(보험금 등의 지급절차)를 따릅니다. 다만, 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

④ 제1항 제2호 및 제2항의 “사망”에는 특약보험기간에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

민법 제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제2항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드

립니다.

제2-11조 해약환급금

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표1-1>“보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.



구분	지급사유		지급금액
9대관절 척추질환 급여수술 급여금	간편 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “9대관절척추질환”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%
	일반 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “9대관절척추질환”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)	(다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 “급여수술”을 받았을 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

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

※ 9대관절척추질환 : 1. 관절염, 2. 전신결합조직장애, 3. 근육 및 조직의 장애, 4. 척추변형, 5. 척추병증, 6. 추간판장애, 7. 골다공증, 8. 뼈의 병증, 9. 연골병증(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. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 이 약관에서 “급여수술”이라 함은 의사에 의하여 “9대관절척추질환”의 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 “신수술 분류표”(〈부표2-2〉 참조)에서 정한 “수술코드”에 해당하는 행위를 받는 경우를 말합니다.
3. 제2항의 “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.

4. 약관상 “급여수술”의 정의에 포함되지 않는 “수술코드”에 해당하는 행위의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
5. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.